



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

Успехи и упущенные возможности общественного здравоохранения

Тенденции в потреблении алкоголя и смертности, относимой на счет алкоголя, в Европейском регионе ВОЗ, 1990–2014 гг.





Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

Успехи и упущенные возможности общественного здравоохранения

Тенденции в потреблении алкоголя и смертности,
относимой на счет алкоголя, в Европейском регионе
ВОЗ, 1990–2014 гг.

Авторы:

Kevin D. Shield, Margaret Rylett и Jürgen Rehm

АННОТАЦИЯ

В Европейском регионе ВОЗ отмечается высокий уровень потребления алкоголя. Результатом этого является значительное бремя относимой на счет алкоголя смертности. В период с 1990 по 2014 г. общий стандартизированный коэффициент смертности, относимой на счет алкоголя, в Европейском регионе ВОЗ повысился. Данные представляются по отдельным странам и свидетельствуют об огромных различиях между странами. Тем самым подчеркивается, что страны имеют возможность сравнивать себя с другими и принимать для снижения бремени относимой на счет алкоголя смертности соответствующие меры политики в отношении алкоголя. Этим также подчеркивается общая для всех необходимость продолжать работу по снижению потребления алкоголя в Европейском регионе ВОЗ.

Ключевые слова

Alcohol drinking – prevention and control

Alcohol drinking – adverse effects

Alcohol drinking – mortality

Harm reduction

Risk factors

Europe

ISBN 978 92 890 5223 8

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:

Publications
WHO Regional Office for Europe
UN City, Marmorvej 51
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запросы на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайн-режиме на сайте Регионального бюро: <http://www.euro.who.int/PubRequest?language=Russian>.

Фото: Юрий Селезнев/Shutterstock.com

© Всемирная организация здравоохранения, 2016 г.

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Всемирной организации здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых полное согласие пока не достигнуто.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни при каких обстоятельствах не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

СОДЕРЖАНИЕ

Выражение благодарности	v
Сокращения	vi
Предисловие	vii
Резюме	viii
Введение	1
Мониторинг подверженности воздействию алкоголя	2
Методика оценки тенденций в подверженности воздействию алкоголя	2
Данные	2
Страны и регионы	3
Тенденции в общем потреблении алкоголя на душу взрослого населения во всех странах в Европейском регионе ВОЗ	6
Региональные тенденции в общем потреблении алкоголя на душу взрослого населения	12
Тенденции в потреблении алкоголя на одного пьющего	14
Заключение: тенденции в потреблении алкоголя в Европейском регионе ВОЗ за последние 25 лет	16
Сравнения между Европейским регионом и другими регионами ВОЗ	16
Бремя смертности, относимой на счет алкоголя, в Европейском регионе ВОЗ, 1990–2014 гг.	18
К вопросу о выборе смертности как главного итогового показателя	18
Основные категории причин смерти, относимой на счет алкоголя	18
Методика оценки бремени, относимого на счет алкоголя	20
Бремя относимой на счет алкоголя смертности в Европейском регионе ВОЗ в 2014 г.	21
Бремя смертности, обусловленное циррозом печени, относимым на счет алкоголя	22
Бремя смертности, обусловленное раковыми заболеваниями, относимыми на счет алкоголя	31
Бремя смертности, обусловленное сердечно-сосудистыми заболеваниями, относимыми на счет алкоголя	35
Бремя смертности, обусловленное травматизмом, относимым на счет алкоголя	39
Бремя смертности, обусловленное непреднамеренным травматизмом, относимым на счет алкоголя	45
Бремя смертности, обусловленное преднамеренным травматизмом, относимым на счет алкоголя	49
Региональные различия в смертности, относимой на счет алкоголя	54
Общая тенденция в смертности, относимой на счет алкоголя, в период между 1990 и 2014 гг. по основным категориям причин смерти	54
Гендерные особенности тенденций в смертности, относимой на счет алкоголя, в период между 1990 и 2014 гг. по основным категориям причин смерти	55
Тенденции в динамике фракций смертности, относимых на счет алкоголя	59
Региональные тенденции в стандартизированных по возрасту коэффициентах смертности по основным категориям причин смерти, 1990–2014 гг.	60
Заключение: необходимость политики в отношении алкоголя	65
Библиография	69

ВЫРАЖЕНИЕ БЛАГОДАРНОСТИ

Авторами настоящего доклада являются:

- д-р Kevin D. Shield, секция эпиднадзора за раковыми заболеваниями, Международное агентство по изучению рака, Лион, Франция; Сотрудничающий центр Панамериканской организации здравоохранения (ПАОЗ)/ВОЗ по вопросам психического здоровья и аддикции, Торонто, Канада;
- г-жа Margaret Rylett, МА, Сотрудничающий центр ПАОЗ/ВОЗ по вопросам психического здоровья и аддикции, Торонто, Канада; Институт исследований по вопросам политики в области охраны психического здоровья, Центр проблем аддикции и психического здоровья (САМН), Торонто, Канада;
- профессор Jürgen Rehm, Сотрудничающий центр ПАОЗ/ВОЗ по вопросам психического здоровья и аддикции, Торонто, Канада; Институт исследований по вопросам политики в области охраны психического здоровья и Институт семьи Кэмпбелл по исследованиям в области психического здоровья, Центр САМН, Торонто, Канада; Институт медицинских наук, кафедра психиатрии и Школа общественного здравоохранения Dalla Lana, университет Торонто, г. Торонто, Канада; Институт клинической психологии и психотерапии, Дрезденский технический университет, Дрезден, Германия.

Европейское региональное бюро ВОЗ выражает благодарность членам группы экспертов, которые рецензировали настоящую публикацию:

- за подготовку библиографических ссылок и построение первоначальных графиков – г-же Michelle Tortolo, Институт исследований по вопросам политики в области охраны психического здоровья, САМН, Торонто, Канада, и г-ну Sameer Imtiaz, Институт медицинских наук, университет Торонто, г. Торонто, Канада/ Институт исследований по вопросам политики в области охраны психического здоровья, САМН, Торонто, Канада, Сотрудничающий центр ПАОЗ/ВОЗ по вопросам психического здоровья и аддикции;
- за вклад в проведение анализов и графическое отображение – г-ну Aaron Merye и г-же Charlotte Probst, Институт исследований по вопросам политики в области охраны психического здоровья, САМН, Торонто, Канада, Сотрудничающий центр ПАОЗ/ВОЗ по вопросам психического здоровья и аддикции.

За рецензирование текста Европейское региональное бюро ВОЗ хотело бы поблагодарить г-жу Charlotte Probst и д-ра Norman Giesbrecht, САМН, Торонто, Канада; д-ра Gerhard Gmel, центр “Проблемы аддикции в Швейцарии”, Лозанна/университетская клиника Лозанны, Швейцария; д-ра Ludwig Kraus, Институт исследований в области терапии, Мюнхен, Германия/Центр социальных исследований по проблемам алкоголя и наркотиков Стокгольмского университета, Стокгольм, Швеция, и д-ра Robin Room, Центр исследований по вопросам алкогольной политики, университет Ла Троб, Мельбурн, Австралия/Центр социальных исследований по проблемам алкоголя и наркотиков Стокгольмского университета, Стокгольм, Швеция.

Особой благодарности заслуживают члены руководящего комитета проекта: д-р Joan Colom и г-жа Lidia Segura, программа по токсикомании, Агентство общественного здравоохранения Каталонии, Барселона, Испания; д-р Antoni Gual, больница “Клиника Барселоны”, научно-исследовательский биомедицинский институт August Pi i Sunyer, Барселона, Испания; д-р Marcin Wojnar, кафедра психиатрии, Варшавский медицинский университет, Варшава, Польша; д-р Lubomir Okruhlica, Центр по лечению наркозависимостей, Братислава, Словакия; д-р Константин Вышинский, отдел эпидемиологии, Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии, Министерство здравоохранения, Москва, Российская Федерация; профессор Emanuele Scafato, Сотрудничающий центр ВОЗ по укреплению здоровья и научным исследованиям в области алкоголя и связанных с алкоголем нарушений здоровья, Национальная обсерватория по проблемам алкоголя CNESPS, Национальный институт здравоохранения, Рим, Италия, и д-р Silvia Ghirini, Национальный центр эпидемиологии, эпиднадзора и укрепления здоровья, Национальный институт здравоохранения, Рим, Италия. Также выражаем благодарность д-ру Alexandra Fleischmann и отделу психического здоровья и токсикомании в штаб-квартире ВОЗ и д-ру Елене Юрасовой, Офис ВОЗ в Российской Федерации.

Техническое редактирование выполнили д-р Lars Møller, руководитель программы, г-жа Julie Brummer, консультант, г-жа Lisa Schölin, консультант, и д-р Gauden Galea, директор, отдел неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья на всех этапах жизни, Европейское региональное бюро ВОЗ.

Данная публикация стала возможной благодаря финансовой поддержке Министерства Здравоохранения Российской Федерации в рамках проекта по профилактике и борьбе с НИЗ.

СОКРАЩЕНИЯ

ВВП	Валовый внутренний продукт
ДИ	Доверительный интервал
ЕС	Европейский союз
МКБ	Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем
НИЗ	Неинфекционные заболевания
ПАОЗ	Панамериканская организация здравоохранения
ССЗ	Сердечно-сосудистые заболевания
ТБ	Туберкулез
ФАС	Фетальный алкогольный синдром
GISAH	Глобальная информационная система “Алкоголь и здоровье”
STEPS	Поэтапный подход к эпиднадзору (STEPS)

ПРЕДИСЛОВИЕ

Мне очень приятно представить вниманию читателей этот доклад, в котором содержится обзор потребления алкоголя и смертности, относимой на счет алкоголя, в Европейском регионе ВОЗ в период 1990–2014 гг.

Европейский регион первый принял в 1992 г. план действий в отношении алкоголя, за которым позже последовал целый ряд инструментов политики. Последними по времени в этом ряду стали глобальная стратегия сокращения вредного употребления алкоголя 2010 г. и Европейский план действий по сокращению вредного употребления алкоголя, 2012–2020 гг. Таким образом, в предлагаемом докладе представлена информация по всему периоду, в течение которого имелись программно-стратегические руководящие документы ВОЗ.

Как между странами Европейского региона ВОЗ, так и внутри стран в разные периоды времени наблюдаются большие различия в потреблении алкоголя и в уровнях обусловленного им вреда. Несмотря на разные тенденции на страновом уровне, Европейский регион ВОЗ продолжает лидировать среди других регионов ВОЗ по потреблению алкоголя на душу взрослого населения. В период между 1990 и 2014 гг. произошло незначительное снижение в уровне потребления, в основном за счет сокращений в потреблении в самых богатых странах в центрально-западной части Европейского союза (ЕС) и в районах Региона, прилегающих к Средиземному морю, в то время как в центрально-восточной части ЕС потребление в течение последних 25 лет оставалось стабильным, а в восточной и юго-восточной частях Европейского региона ВОЗ оно увеличилось.

Высокий уровень потребления алкоголя привел к существенному бремени относимой на счет алкоголя смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, рака, цирроза печени и непреднамеренного и преднамеренного травматизма. Общий стандартизированный коэффициент смертности, относимой на счет алкоголя, за период с 1990 по 2014 г. в Европейском регионе ВОЗ увеличился.

Поскольку существует причинно-следственная связь между алкоголем и значительным уровнем смертности, необходимо сократить общее потребление алкоголя и число эпизодов нерегулярного употребления алкоголя в больших количествах.

В снижении уровня потребления алкоголя и в особенности потребления алкоголя в больших количествах действенными и экономически оправданными зарекомендовали себя разные варианты политики. К ним относятся, например, так называемые “вмешательства, наиболее выгодные с экономической точки зрения” – повышение цен, ограничение наличия и введение запретов на маркетинг. Они должны включать широкий спектр мер политики, которые описаны в плане действий ВОЗ.

Мы в Европейском региональном бюро ВОЗ надеемся, что государства-члены смогут использовать информацию, приведенную в этой публикации, для дальнейшего совершенствования соответствующих направлений своей политики в отношении алкоголя, чтобы сократить потребление алкоголя и причиняемый им вред.

Zsuzsanna Jakab

Директор Европейского регионального бюро ВОЗ

РЕЗЮМЕ

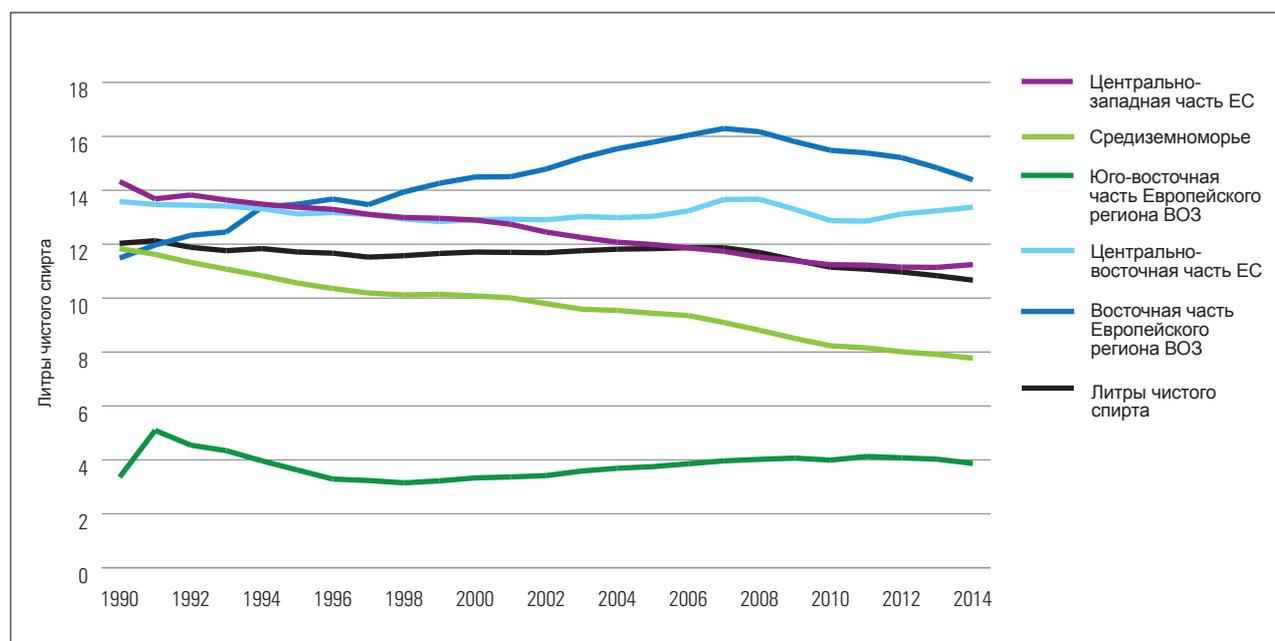
Целью настоящего доклада является описание тенденций в потреблении алкоголя и смертности, относимой на счет алкоголя, в период 1990–2014 гг. во всех странах Региона и в Регионе в целом для содействия созданию системы мониторинга вредного потребления алкоголя в Европейском регионе ВОЗ. В основу доклада положены данные, взятые из Глобальной информационной системы “Алкоголь и здоровье”, и в нем использована стандартная методика, разработанная в последнее десятилетие для сравнительных оценок риска. Главный упор в докладе сделан на ситуацию на уровне отдельных стран, однако приводятся также и тенденции, касающиеся отдельных субрегионов, выделенных отчасти по географическому признаку, а отчасти по моделям потребления алкоголя.

Как между странами Европейского региона ВОЗ, так и внутри стран в разные периоды времени наблюдаются большие различия в потреблении алкоголя. Несмотря на разные тенденции на страновом уровне, Европейский регион ВОЗ продолжает лидировать среди других регионов ВОЗ по потреблению алкоголя на душу взрослого населения. В период между 1990 и 2014 гг. наблюдались незначительные снижения в уровне потребления, которые в сочетании с ростом потребления алкоголя в Азии и Африке за этот же период времени привели к определенному сближению глобальных уровней потребления.

Снижение уровней потребления алкоголя в Европейском регионе ВОЗ в основном произошло за счет сокращений в потреблении в самых богатых странах в центрально-западной части Европейского союза (ЕС) и в районах Региона, прилегающих к Средиземному морю (см. рис. А), в то время как в центрально-восточной части ЕС уровни потребления в течение последних 25 лет оставались стабильными, а в восточной и юго-восточной частях Европейского региона ВОЗ они выросли. Имеются сведения, указывающие на то, что в последние годы (около 2007 г.) снизилось потребление алкоголя в Российской Федерации и соседних странах с аналогичными моделями потребления (Беларусь, Республика Молдова и Украина), и это сказалось на общем снижении в Регионе.

Незарегистрированное потребление в Европейском регионе ВОЗ составило в 2012 г. 18,5% и в пропорциональном отношении в течение всего анализируемого 25-летнего периода оставалось относительно стабильным (1990 г.: 20,5%).

Рис. А. Тенденции в потреблении алкоголя на душу взрослого населения в Европейском регионе ВОЗ и в отдельных субрегионах, 1990–2014 гг.^а



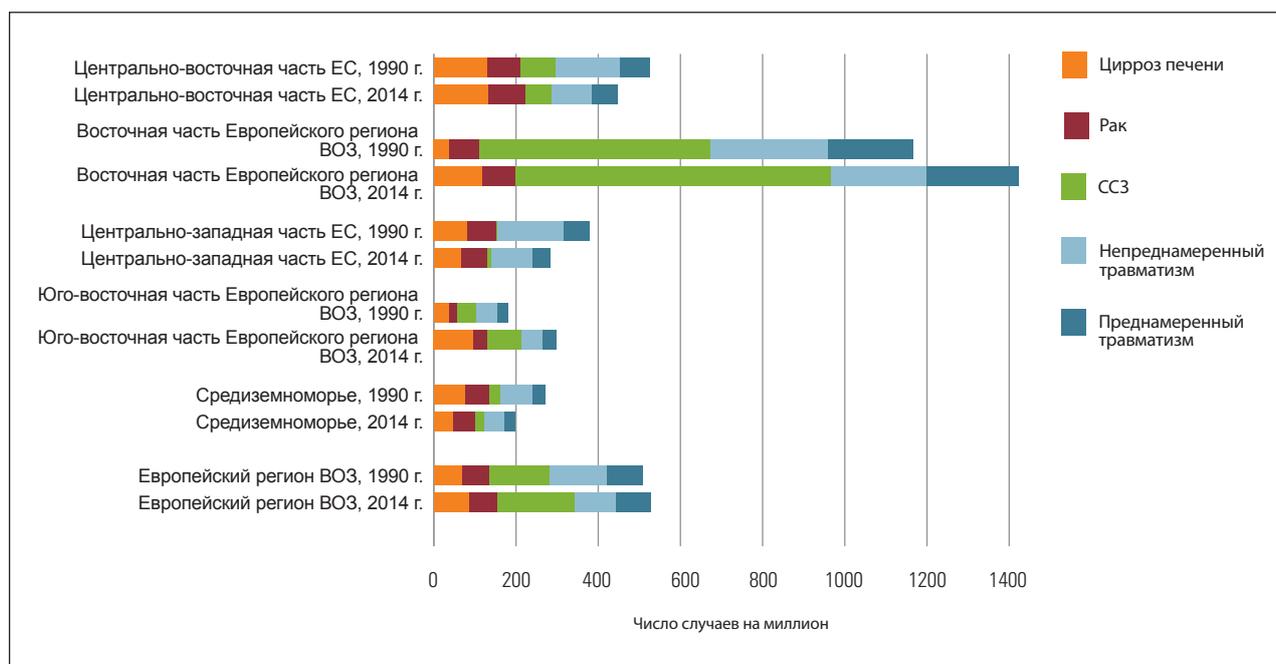
^а Определения регионов приводятся во вставке 2.

Высокий уровень потребления алкоголя в Европейском регионе ВОЗ привел к существенному бремени относимой на счет алкоголя смертности от хронических и острых причин, о чем свидетельствует бремя смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), рака, цирроза печени и непреднамеренного и преднамеренного травматизма. Эти причины смерти были выбраны потому, что на их долю в Европейском регионе ВОЗ

приходится более трех четвертей смертности от всех причин (данные за 2013 г.), поскольку алкоголь оказывает причинное воздействие и поскольку почти 90% бремени смертности, относимой на счет алкоголя, обусловлено этими причинами смерти.

В целом атрибутивная смертность повторяла тенденции в среднем уровне потребления алкоголя, и в период с 1990 по 2014 г. общий стандартизованный коэффициент смертности, относимой на счет алкоголя, в Европейском регионе ВОЗ возрос (+4%; см. рис. В).

Рис. В. Сравнения стандартизованного по возрасту коэффициента смертности, относимой на счет алкоголя, по основным причинам смерти в 1990 и 2014 гг. в Европейском регионе ВОЗ и отдельных субрегионах



Рост бремени атрибутивной смертности в Европейском регионе ВОЗ произошел главным образом за счет тенденций в смертности в восточной части Европейского региона ВОЗ (+22% в 2014 г. по сравнению с 1990 г.) и в юго-восточной части (+65%, хотя и по сравнению с относительно низким исходным уровнем). С другой стороны, в регионах на территории ЕС и соседних с ними странах бремя относимой на счет алкоголя смертности уменьшилось, причем в районах Средиземноморья (-27%) и центрально-западной части ЕС (-25%) больше, чем в центрально-восточной части ЕС (-15%).

Рост бремени относимой на счет алкоголя смертности в Европейском регионе ВОЗ, который произошел несмотря на небольшое снижение в общем потреблении, обусловлен целым рядом причин:

- экспоненциальный рост риска смертности с ростом уровней среднего потребления, что привело к существенному росту относимой на счет алкоголя смертности, особенно в регионах, где и без того высокие уровни потребления стали еще выше (например, в восточной части Европейского региона ВОЗ);
- влияние эпизодического и хронического употребления алкоголя в больших количествах на смертность от сердечно-сосудистых заболеваний и травматизма;
- общий рост коэффициента смертности среди взрослого населения и низкая продолжительность жизни в некоторых районах Европейского региона ВОЗ, а именно, в восточной его части.

Снижение относимой на счет алкоголя смертности в центрально-восточной части ЕС было обусловлено общим снижением показателей смертности в этом регионе. Даже при относительно стабильных фракциях смертности, относимых на счет алкоголя, такое снижение приводит к более низким стандартизованным коэффициентам.

Для формулирования политики в отношении алкоголя можно сделать следующие выводы: общее потребление в Европейском регионе ВОЗ должно быть снижено, поскольку между потреблением алкоголя и значительной смертностью существует причинно-следственная связь: в некоторых частях Региона на долю алкоголя приходится до 25% всей смертности от цирроза печени, рака, ССЗ и травматизма. В настоящее время средний

уровень потребления алкоголя на одного пьющего в Регионе уже превышает порог риска, приемлемого в современном обществе для добровольных форм поведения.¹ Во-вторых, прежде всего необходимо уменьшить число случаев употребления алкоголя в больших количествах, включая случаи эпизодического употребления в больших количествах. Эпизодическое употребление алкоголя в больших количествах является одной из важных детерминант ССЗ и травматизма, которая намного превышает по значимости такую детерминанту, как средний уровень потребления.

В снижении уровня потребления алкоголя и прежде всего употребления в больших количествах действенными и экономически оправданными зарекомендовали себя различные варианты политики. К ним относятся (но не ограничиваются ими) так называемые “вмешательства, наиболее выгодные с экономической точки зрения”² – повышение цен через налогообложение (если не слишком высок процент незарегистрированного потребления), ограничение наличия и введение запретов на маркетинг и рекламу. К сожалению, несмотря на наличие действенных и экономически оправданных, имеющих положительное соотношение затрат и эффективности вариантов политики для снижения смертности, относимой на счет алкоголя, и несмотря на заметные снижения потребления алкоголя в нескольких странах Европейского региона ВОЗ, которые могли бы служить другим странам эталонами для сравнения, общую тенденцию в смертности, относимой на счет алкоголя, в Регионе нельзя рассматривать как успех общественного здравоохранения, ибо стандартизированный по возрасту коэффициент смертности, относимой на счет алкоголя, в 2014 г. был даже немного выше, чем 25 лет назад.

Это означает, что необходимо подумать о других мерах политики и стратегиях для уменьшения бремени относимой на счет алкоголя смертности. Можно сосредоточить усилия на конкретных причинах этого бремени, таких как дорожно-транспортный травматизм, посредством реализации и принуждения к исполнению конкретных законов о содержании алкоголя в крови во время управления транспортными средствами. По всей видимости, такие специальные меры пользуются большей поддержкой у населения и политиков, чем комплексные меры, направленные сразу на несколько аспектов проблемы. Наконец, практика показывает, что влияние на смертность, относимую на счет алкоголя, оказывают вмешательства в системе медико-санитарной помощи, такие как скрининг и кратковременные вмешательства по поводу вредного употребления алкоголя в первичном звене медико-санитарной помощи или лечение нарушений здоровья, связанных с употреблением алкоголя.

¹ У людей приняты разные стандарты в отношении риска, создаваемого добровольными формами поведения, и риска вследствие недобровольной подверженности воздействию. Когда речь идет о том, за что несет ответственность государство, например, о качестве питьевой воды, они считают приемлемым только риск не более одного случая на миллион в течение всей жизни, но согласны с гораздо более высокими рисками, которые связаны с их собственным поведением, например, горнолыжным спортом, употреблением алкоголя и т.д.

² “Вмешательство, наиболее выгодное с экономической точки зрения” представляет собой более прагматичную концепцию, которая была введена в обсуждение вмешательств по поводу неинфекционных заболеваний и которая выходит за рамки экономической рациональности и соотношений затрат и эффективности того или иного вмешательства. Оно определяется как вмешательство, в отношении которого имеются убедительные доказательства того, что оно не только отличается весьма благоприятным соотношением затрат и эффективности, но и является осуществимым, малозатратным и подходящим для реализации в рамках ограничений местной системы здравоохранения.

ВВЕДЕНИЕ

Употребление алкоголя является одним из самых важных факторов риска развития заболеваний (1) (сравнение с другими факторами риска приводится в работах (2,3)). Европейский регион ВОЗ занимает первое место в мире по уровню потребления алкоголя, отчасти вследствие высокого уровня потребления в восточной части Региона (1). Поэтому и бремя болезней, обусловленное алкоголем, в Европейском регионе тоже велико, особенно в его восточной части (1,4,5), несмотря на общую высокую ожидаемую продолжительность жизни во многих районах Региона (6).

В связи с тяжелым бременем болезней, относимых на счет алкоголя, были высказаны требования о принятии мер на глобальном уровне (7,8) и особенно в Европе (9,10). Основанием для подобных инициатив о принятии мер также стало достигнутое в последнее время понимание того, что программы и стратегии в отношении употребления психоактивных веществ могут иметь решающее значение для здоровья всего населения, а если эти стратегии окажутся ошибочными или не будут грамотно реализованы, это может даже привести к сокращению ожидаемой продолжительности жизни больших групп людей или целых наций (11). Планирование политики общественного здравоохранения должно строиться на эмпирических данных (12), поэтому ключевыми элементами как Глобальной стратегии сокращения вредного употребления алкоголя (7), так и Глобального плана действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними (13) являются мониторинг и эпиднадзор в области потребления алкоголя и бремени относимых на его счет болезней. В Глобальной стратегии говорится о необходимости мониторинга “вредного употребления алкоголя”. Вредное употребление алкоголя определяется там как широкое понятие, которое охватывает всякое употребление спиртного, имеющее пагубные медицинские и социальные последствия для пьющего, его окружения (часто это называется вредом, причиняемым другим людям (14)) и общества в целом. Также Глобальная стратегия требует осуществлять мониторинг моделей употребления алкоголя, которым сопутствует повышенный риск неблагоприятных исходов для здоровья. Другие рабочие определения с конкретными показателями, которые использованы в настоящем докладе, были даны в системе мониторинга неинфекционных заболеваний (НИЗ) (13).

Настоящий доклад предназначен для того, чтобы помочь в осуществлении мониторинга и эпиднадзора за вредом, относимым на счет алкоголя. В частности, его целями являются:

- описание тенденций в потреблении алкоголя и бремени относимой на его счет смертности в Европейском регионе ВОЗ за период 1990–2014 гг.;
- описание тенденций на уровне отдельных стран³, поскольку именно на этом уровне в основном происходит планирование медико-санитарной помощи и принятие решений по вопросам политики в этой области;
- описание тенденций в отдельных субрегионах;
- помощь в создании системы мониторинга для Европейского региона ВОЗ и для отдельных стран как средства формирования доказательной базы для выработки политики в отношении алкоголя.

³ Хотя на уровне отдельных стран было проведено несколько исследований (15–17), данный доклад является первым примером систематизированного рассмотрения тенденций в подверженности воздействию алкоголя или в относимом на счет алкоголя бремени во всех странах Европейского региона ВОЗ за столь длительный – 25-летний – период времени.

МОНИТОРИНГ ПОДВЕРЖЕННОСТИ ВОЗДЕЙСТВИЮ АЛКОГОЛЯ

Главным показателем для мониторинга вредного употребления алкоголя на уровне страны и на международном уровне является потребление на душу взрослого населения (взрослые определяются как лица в возрасте 15 лет и старше) (18), которое представляет собой составную меру, включающую главным образом зарегистрированное и незарегистрированное потребление. Зарегистрированное потребление касается всех алкогольных напитков, которые официально зарегистрированы в той стране, где они потребляются, и чаще всего фиксируется на основании налоговых данных (18–20). Незарегистрированное потребление – это обобщающий термин, обозначающий все незарегистрированные продукты, к которым относятся следующие основные категории (21,22): произведенные законно, но не зарегистрированные алкогольные продукты (по большей части домашнего изготовления); алкогольные продукты, зарегистрированные за пределами той административно-правовой системы, в которой они потребляются (поездки за покупками за границу); суррогатный алкоголь (алкогольные продукты на основе этанола, не являющиеся напитками, не предназначенные или официально не предназначенные для потребления людьми); произведенные незаконно или контрабандные алкогольные продукты, предназначенные для потребления людьми (включая незаконно произведенный алкоголь домашнего изготовления). Что касается суррогатного алкоголя, иногда продукты официально могут не предназначаться для потребления людьми, но в действительности они лишь декларируются как таковые для того, чтобы избежать уплаты более высокого налога, которым облагаются официально декларируемые алкогольные напитки. Одним из таких примеров являются медицинские настойки или ароматизированные парфюмерные изделия на этаноловой основе в Российской Федерации (23,24).

В глобальных масштабах незарегистрированный алкоголь в последние десятилетия составлял не менее 20% всего потребленного алкоголя, но при этом наблюдались большие различия между странами и регионами и между разными периодами времени (25–27). Обычно доля незарегистрированного потребления в общем объеме потребления алкоголя ассоциирует с экономическим благосостоянием: чем выше уровень благосостояния страны (определяемый, например, по размеру ее валового внутреннего продукта – ВВП), тем меньше доля незарегистрированного алкоголя в общем объеме потребления (1,28). Помимо зарегистрированного и незарегистрированного потребления в немногих странах, где ощутимая доля общего объема потребляемого алкоголя приходится на туристов (определения см. в (29)), из общего объема вычитается потребление туристами. В большинстве стран принято считать, что потребление туристами уравнивается потреблением жителями данной страны, когда они выезжают за границу.

В данной главе поставлена задача описать долговременное потребление алкоголя⁴ на душу взрослого населения во всех странах, входящих в Европейский регион ВОЗ, начиная с 1990 г. Это самый ранний год, по которому имеются систематизированные расчетные цифры незарегистрированного потребления. Кроме того, ставилась цель дать расчетные цифры зарегистрированного потребления в противоположность незарегистрированному, а также расчетную величину среднего потребления на одного пьющего. Сюда включены некоторые региональные тенденции, но они будут использоваться только для того, чтобы проиллюстрировать тенденции для групп стран со схожими уровнями или моделями потребления алкоголя. Главный упор в главе сделан на уровень отдельно взятых стран.

МЕТОДИКА ОЦЕНКИ ТЕНДЕНЦИЙ В ПОДВЕРЖЕННОСТИ ВОЗДЕЙСТВИЮ АЛКОГОЛЯ

ДАННЫЕ

Для получения оценок потребления алкоголя на душу взрослого населения использовалась Глобальная информационная система “Алкоголь и здоровье” (GISAH) (29), в которой оценки в основном выводились из данных налоговой системы или данных о производстве, импорте и экспорте (18,19).

⁴ В оставшейся части текста потребление на душу взрослого населения или потребление алкоголя на душу населения означает общее (суммарное) потребление. Подкатегории потребления будут в каждом отдельном случае указываться.

Для всех государств-членов ВОЗ расчетные оценки **зарегистрированного** потребления алкоголя на душу взрослого населения существуют в виде временных рядов годовых данных с 1960 г. Эти данные регулярно обновляются по алгоритму, в основу которого положена валидность и надежность источников (18). Для меньшинства стран, по которым данных в наличии не имелось, данные о зарегистрированном потреблении на душу взрослого населения за 2014 г. были рассчитаны на основе регрессий предыдущих трендов для этого показателя.

За время после 1990 г. имеются расчетные оценки **незарегистрированного** потребления по отдельным годам (1990, 2000, 2010–2014 гг.), в основном скомпонованные Сотрудничающим центром ВОЗ по вопросам психического здоровья и аддикции в Торонто, Канада, в рамках поддерживаемой ВОЗ системы мониторинга алкоголя (вопросы методики описаны в (28,30,31)) (см. вставку 1). Данные по годам в промежутках между расчетными годами выводились на основании линейной интерполяции между точками данных.

Вставка 1. Оценка уровня незарегистрированного потребления алкоголя

Настоящий доклад основан на имеющихся данных наивысшего качества из всех источников по различным категориям незарегистрированного потребления (22,28,30):

- обследования (такие как поэтапный подход к эпидназору (STEPS)), в которых в расширенном модуле по алкоголю задается вопрос об употреблении незарегистрированного алкоголя (32);
- раунды экспертного оценивания методом Дельфи;
- расчетные оценки, предоставленные промышленностью, и
- научные исследования.

Однако даже на основе этой доказательной базы, наилучшей из всех возможных и в последнее время расширяющейся, количественное определение незарегистрированного потребления все равно чревато трудностями и содержит намного больше систематической погрешности, чем определение зарегистрированного потребления.

Потребление туристами было рассчитано по алгоритму, разработанному для Глобального доклада о положении в области алкоголя и здоровья (1), на основании данных Всемирного банка о ежегодном числе туристов на каждую страну. В этом алгоритме указывается, что потребление туристами принимается в расчет только в том случае, если число туристов превышает число местных жителей, причем особо учитывается доля мусульман в этой стране (33).

Сумма зарегистрированного, незарегистрированного потребления и потребления туристами (все это измеряется как потребление чистого спирта на душу взрослого населения, которое определяется как лица в возрасте 15 лет и старше) дает общее (суммарное) потребление алкоголя. Все тенденции представлены в виде скользящих средних за три года, чтобы уменьшить некоторые случайные годовые колебания. Для получения оценок потребления на одного пьющего данные о потреблении алкоголя на душу взрослого населения делились на долю пьющих с разделением по полу. Любая информация о потреблении алкоголя с разбивкой по полу и возрасту извлекалась из обследований, собиравшихся Сотрудничающим центром ВОЗ (34) и выкладывалась для публичного пользования в информационной системе GISAH (15) (обзор источников для обследований с целью выяснения статуса употребления алкоголя приводится в Веб-приложении 60).

Годовая численность населения каждой страны с разбивкой по полу и возрасту была получена в Отделе народонаселения Организации Объединенных Наций (35).

СТРАНЫ И РЕГИОНЫ

В доклад были включены все страны, по которым имелись отдельные расчетные величины зарегистрированного и незарегистрированного потребления алкоголя на протяжении длительного времени: Австрия, Албания, Азербайджан, Армения, Беларусь, Бельгия, Болгария, Босния и Герцеговина, бывшая югославская Республика Македония, Венгрия, Германия, Греция, Грузия, Дания, Израиль, Ирландия, Исландия, Испания, Италия, Казахстан, Кипр, Кыргызстан, Латвия, Литва, Мальта, Нидерланды, Норвегия, Польша, Португалия, Республика Молдова, Румыния, Российская Федерация, Сербия, Словакия, Словения, Соединенное Королевство

Великобритании и Северной Ирландии, Таджикистан, Туркменистан, Турция, Узбекистан, Украина, Финляндия, Франция, Хорватия, Чехия, Черногория, Швейцария, Швеция и Эстония.

Также представлены оценки подверженности воздействию в Люксембурге, но они были выведены из потребления в соседних странах, поскольку трудно определить, сколько алкоголя продается людям, живущим в этой стране, в отличие от людей, живущих в соседних странах (т.е. Германии и Франции), или как часто жители этих стран покупают себе алкогольные напитки в соседних странах. Страны, тенденции потребления в которых показаны на рис. 1–9, включают все страны Европейского региона за исключением трех малых стран – Андорры, Монако и Сан-Марино.

В период наблюдения происходили серьезные политические перемены, и некоторые из перечисленных выше стран обрели политическую независимость после 1990 г. Обычно данные представляются с года обретения политической независимости или, если имелись оценки за годы до независимости, также и за эти годы (например, по Чехии данные представлены с 1990 г., хотя Чехословакия разделилась на Чешскую Республику и Словакию только в 1993 г.). Все национальные тренды в потреблении на душу населения базируются на скользящих средних за три года.

Помимо расчетных показателей потребления по отдельным странам представлены оценки потребления на душу взрослого населения во всем Европейском регионе ВОЗ и в нескольких группах стран в этом Регионе, составленных на основании стиля употребления алкоголя и уровня благосостояния (определения групп, или кластеров см. ниже) (36). Что касается стиля употребления алкоголя, в Европейском регионе ВОЗ можно встретить следующие традиционные стили (37): во-первых, стиль употребления алкоголя, при котором в качестве доминирующего алкогольного напитка выступает вино и при котором алкоголь употребляется часто (каждый или почти каждый день), в основном во время еды. (Более обстоятельно категоризация моделей употребления алкоголя рассматривается в (38).)⁵ Этот так называемый средиземноморский стиль питания был распространен в крупных винодельческих странах Средиземноморского региона (таких как Греция, Испания, Италия, Португалия и Франция) (41). В Западной и Центрально-Западной Европе господствующим алкогольным напитком было пиво, и по сравнению со средиземноморским стилем питания алкоголь употреблялся реже, а также была больше доля алкоголя, потребляемого вне приемов пищи (1,25,27,37). В странах Северной Европы, а также во многих странах Центрально-Восточной и Восточной Европы традиционная модель потребления алкоголя не предполагала ежедневного употребления, алкоголь в основном употреблялся не во время еды и наиболее популярными были крепкие алкогольные напитки (36,42). Трезвенность в целом в Европейском регионе ВОЗ не распространена (1), однако в нескольких странах юго-восточной и центрально-азиатской части Региона, где выше процент мусульманского населения, ее уровень высок.

Современное употребление алкоголя в Европе в большинстве стран приближается к одинаковым уровням и моделям потребления, и ни в одной стране почти не осталось исконных стилей, которые доминировали бы на популяционном уровне, за исключением стран, прилегающих к Российской Федерации (см. ниже; дополнительные подробности о современных стилях потребления алкоголя см. в (1,37,43,44)).

На основании современных моделей потребления алкоголя и экономического благосостояния стран⁶ были выделены следующие региональные группы, или кластеры стран.⁷ Следует обратить внимание на то, что эти кластеры были выбраны для иллюстрации, а не для того, чтобы охватить все страны хотя бы в одном кластере и не для их разделения.

⁵ На территории Европейского региона ВОЗ потребление алкоголя уходит корнями в эпоху неолита (39), но есть ученые, которые утверждают, что некоторые традиционные модели потребления алкоголя относятся к античной эпохе (40).

⁶ Экономическое благосостояние соотносится с уровнем потребления алкоголя, но в большей степени это проявляется в странах с низким и средним уровнем доходов (45,46). В группе стран с высоким уровнем доходов показатели экономического благосостояния больше не представляют ценности для прогнозирования общего уровня потребления.

⁷ Для некоторых региональных сравнений были использованы тренды, характерные в целом для ЕС (по состоянию на 2015 г.), включающего следующие страны: Австрию, Бельгию, Болгарию, Венгрию, Германию, Грецию, Данию, Ирландию, Испанию, Италию, Кипр, Латвию, Литву, Люксембург (только тренд в подверженности воздействию), Мальту, Нидерланды, Польшу, Португалию, Румынию, Словакию, Словению, Соединенное Королевство, Финляндию, Францию, Хорватию, Чехию, Швецию и Эстонию. ЕС представляет интерес главным образом как политическая организация стран с высоким уровнем доходов, хотя и с разными стилями употребления алкоголя. Так, в 2014 г. все страны ЕС были отнесены Всемирным банком к категории имеющих высокий уровень доходов (47), и большинство этих стран находились в этой категории в течение всего периода наблюдения (т.е. 1990–2014 гг.). Хотя уровни потребления алкоголя почти одинаковы, стили потребления с точки зрения наибольшего процента потребляемого чистого спирта различаются в ЕС по типам алкогольных напитков. Странами, где в настоящее время (2014 г.) предпочтительный напиток – пиво, являются Австрия, Бельгия, Венгрия, Германия, Ирландия, Испания, Латвия, Нидерланды, Польша, Румыния, Соединенное Королевство, Финляндия и Чехия. Странами, где предпочтительный напиток – вино, являются Дания, Греция, Италия, Люксембург, Мальта, Португалия, Словения, Швейцария, Швеция, Франция и Хорватия. Странами, в которых относительно наибольшая доля спирта потребляется в виде крепких спиртных напитков, являются Болгария, Кипр, Литва, Словакия и Эстония. Необходимо отметить, что в нескольких странах самые предпочтительные и вторые по предпочтительности виды напитков находятся почти в равных долях. Страны ЕС также различаются по частоте употребления, доле случаев употребления в больших количествах и употреблению во время еды (подробнее см. (1,36,37, 48)).

- **Страны Европейского союза (ЕС) в Центрально-Западной Европе (включая Швейцарию):** Австрия, Бельгия, Германия, Дания, Нидерланды и Швейцария. Страны в центрально-западной части ЕС были отнесены Всемирным банком к категории стран с высоким уровнем доходов (47) и занимают самое высокое место в этой категории в Европейском регионе ВОЗ. Все страны центрально-западной части ЕС входили в эту категорию в течение всего периода наблюдения (т.е. 1990–2014 гг.). Стили употребления алкоголя в этих странах характеризуются большой долей пива и вина как наиболее предпочтительных напитков и относительно частым употреблением алкоголя как во время еды, так и вне приемов пищи (см. также сноску 6).
- **Страны ЕС в Центральной и Восточной Европе** включают Болгарию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Румынию, Словакию, Словению, Хорватию, Чехию и Эстонию. Все эти страны вступили в ЕС после 1990 г. и хотя характеризуются как имеющие высокий уровень доходов, их валовый национальный доход на душу населения ниже, чем в других частях ЕС. Стилль употребления в большинстве этих стран традиционно характеризовался сравнительно большой долей крепких спиртных напитков и частыми эпизодами употребления в больших количествах (также в большинстве стран). Однако в 2014 г. предпочтение крепким спиртным напиткам отдавалось только в Болгарии, Литве, Словакии и Эстонии, а разница между потреблением пива и крепких спиртных напитков даже в этих странах была невелика, в основном в пределах погрешности измерения в стандартных обследованиях. Значительная часть случаев употребления алкоголя происходит вне приема пищи.
- **Средиземноморские страны** включают Грецию, Израиль, Испанию, Италию, Кипр, Мальту, Португалию, Турцию и Францию. Все они имеют высокий уровень доходов. Одно время стили употребления алкоголя были похожи, и средиземноморский стиль даже стал стандартным термином для обозначения преимущественного потребления вина (в умеренных количествах) почти ежедневно за едой (49) (но см. также сноску 8)⁸. Однако после 2000 г. произошел сдвиг в сторону и пива, и крепких спиртных напитков на Кипре, в Израиле и Турции, а в Испании – в сторону пива (1,25,27).
- **Восточноевропейские страны с аналогичными привычками употребления алкоголя** включают Российскую Федерацию, Беларусь, Республику Молдова и Украину. В этих странах валовый национальный доход на душу населения ниже, чем в странах западной части Европейского региона ВОЗ, и они относятся к категории стран со средним уровнем доходов. Их стилль употребления алкоголя характеризуется эпизодическим употреблением в больших количествах, большей длительностью эпизодов и большим объемом алкоголя, потребляемого за один эпизод, по сравнению с другими частями Европейского региона ВОЗ (50,51).
- **Страны в юго-восточной части Европейского региона ВОЗ** включают Азербайджан, Армению, Грузию, Казахстан, Кыргызстан, Таджикистан, Туркменистан, Турцию и Узбекистан. Эта часть Европейского региона ВОЗ характеризуется валовым национальным доходом на душу населения ниже среднего уровня и относительно низким уровнем потребления алкоголя (1), что отчасти объясняется тем, что во многих этих странах большинство населения – мусульмане (52). Предпочтительным видом напитков являются крепкие спиртные напитки, кроме Грузии (вино) и Турции (пиво) (1).

Во вставке 2 дается обзор регионов, используемых в данном докладе.

⁸ Исключениями в отношении почти ежедневного употребления были Турция и Израиль.

Вставка 2. Регионы, указанные в данном докладе, и входящие в них страны

Регионы	Страны
Центрально-западная часть ЕС	Австрия, Бельгия, Дания, Германия, Люксембург, Нидерланды, Швейцария и Франция
Центрально-восточная часть ЕС	Болгария, Венгрия, Латвия, Литва, Польша, Румыния, Словакия, Словения, Хорватия, Чешская Республика и Эстония
Центрально-восточная часть ЕС	Болгария, Венгрия, Латвия, Литва, Польша, Румыния, Словакия, Словения, Хорватия, Чешская Республика и Эстония
Средиземноморье	Греция, Израиль, Испания, Италия, Кипр, Мальта, Португалия, Турция и Франция
Восточная часть Европейского региона ВОЗ	Российская Федерация, Беларусь, Республика Молдова и Украина
Юго-восточная часть Европейского региона ВОЗ	Азербайджан, Армения, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Таджикистан, Туркменистан, Турция и Узбекистан

Любые региональные тренды базируются на скользящих средних за трехлетний период, взвешенных по отношению ко всему населению (взвешенных с учетом населения в возрасте 15 лет и старше) в соответствующих странах, за рассматриваемый год (т.е. за 2010 г. представлено среднее за 2009–2011 гг.). Наконец, тренд в потреблении на душу взрослого населения в Европейском регионе ВОЗ сравнивается с другими регионами ВОЗ путем сопоставления чистой разницы в потреблении между 1990 и 2014 годами.

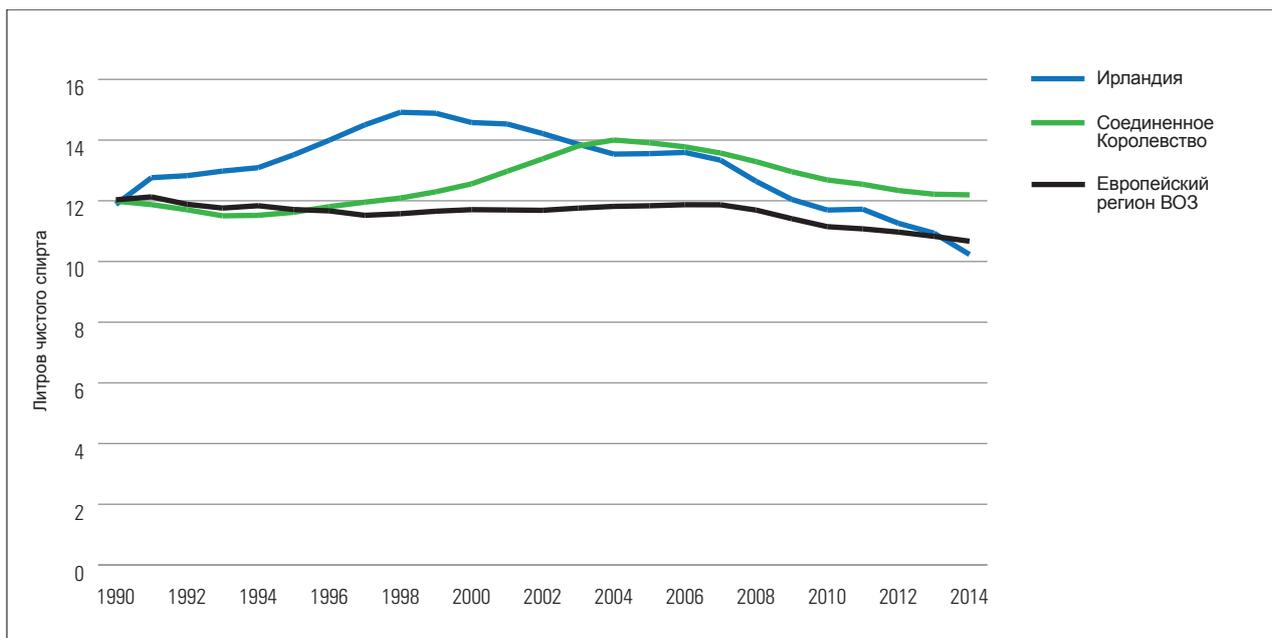
Тенденции в общем потреблении алкоголя на душу взрослого населения во всех странах в Европейском регионе ВОЗ

Показаны тенденции в общем потреблении алкоголя на душу взрослого населения, которое представляет собой сумму зарегистрированного, незарегистрированного потребления и потребления туристами, во всех странах Европейского региона ВОЗ, при этом на одном и том же графике показаны группы нескольких соседних стран. Для удобства сравнения каждый график также отображает тенденцию в Европейском регионе ВОЗ в целом.

В 1990 г. в странах Западной Европы – Ирландии и Соединенном Королевстве (Англии, Шотландии, Уэльсе и Северной Ирландии) уровень потребления алкоголя был такой же, как и в целом в Европейском регионе ВОЗ (рис. 1⁹), но ниже, чем в большинстве континентальных стран ЕС (рис. 2). В то время как эти континентальные страны ЕС и Европейский регион ВОЗ в целом за 25 лет снизили потребление алкоголя, Ирландия и Соединенное Королевство, прежде чем снизить потребление, пережили его рост. В настоящее время уровень потребления алкоголя на душу взрослого населения в Соединенном Королевстве по-прежнему выше, чем в среднем по Европейскому региону ВОЗ.

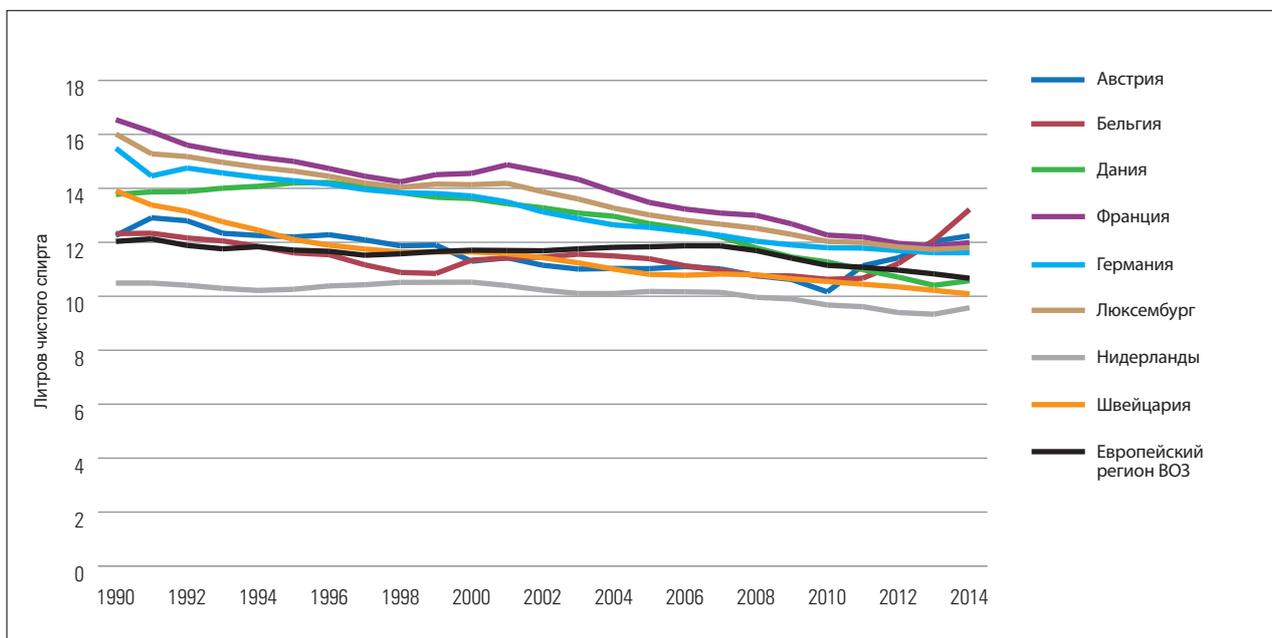
⁹ Поскольку главной целью графиков, отражающих тенденции в потреблении алкоголя на душу взрослого населения, является сравнение между соседними странами, на разных графиках были использованы разные шкалы. Для общего сравнения во всем Европейском регионе ВОЗ добавлена также линия, показывающая тенденцию для всего Региона.

Рис. 1. Тенденции в потреблении алкоголя на душу взрослого населения в Ирландии и Соединенном Королевстве, 1990–2014 гг.



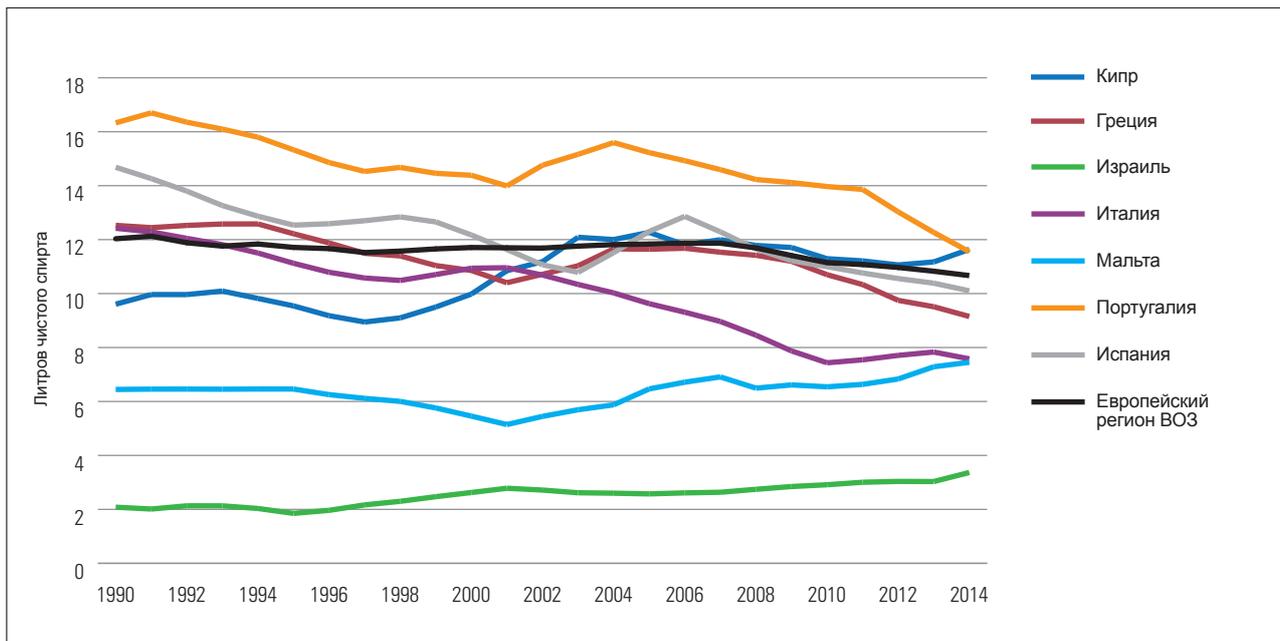
Ситуация в странах центрально-западной части Европы, соседствующих с Германией, в значительной степени отражает тенденцию к снижению потребления алкоголя, которая наблюдается в большинстве стран Европейского региона ВОЗ с высоким уровнем доходов, и тут более выражена, чем в Европейском регионе ВОЗ в целом. Разница в потреблении алкоголя между странами в этом регионе относительно невелика.

Рис. 2. Тенденции в потреблении алкоголя на душу взрослого населения в Австрии, Бельгии, Дании, Германии, Люксембурге, Нидерландах, Франции и Швейцарии, 1990–2014 гг.



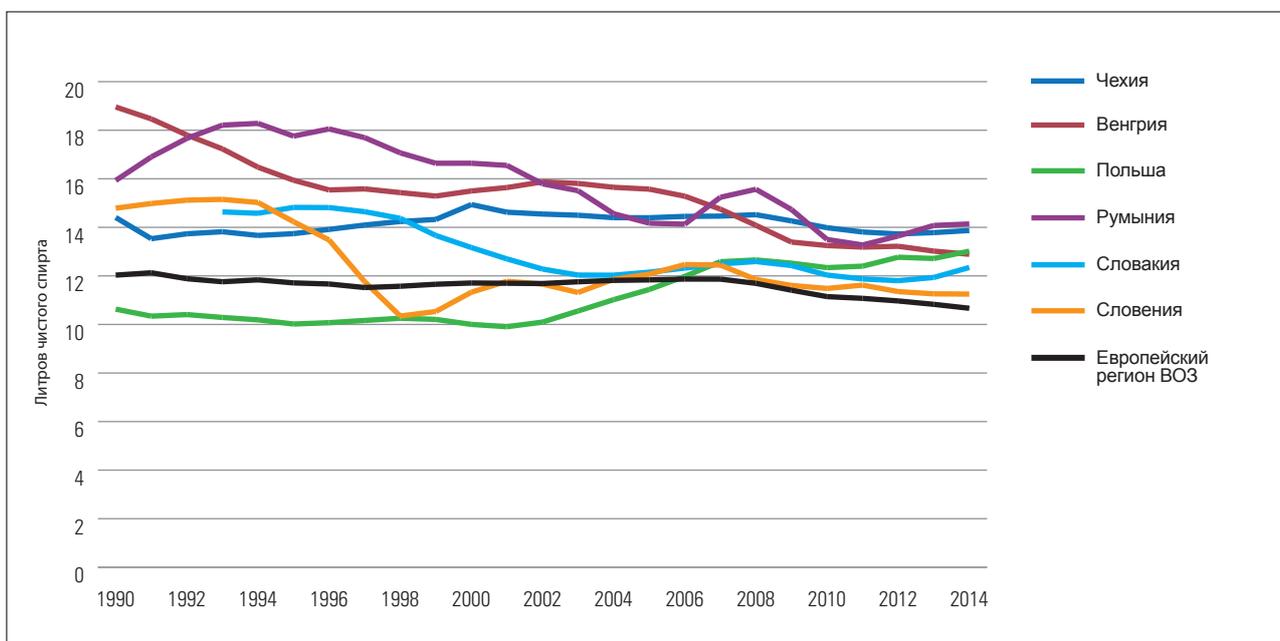
В целом уровень потребления алкоголя в странах на юге Европейского региона ВОЗ, прилегающих к Средиземному морю, снижается, особенно в крупнейших странах – Испании и Италии (рис. 3). Тем не менее, потребление алкоголя на душу взрослого населения на юге Европейского региона ВОЗ постепенно выравнивается, а в странах с исторически самыми низкими уровнями потребления алкоголя (Израиль, Мальта) проявились тенденции к росту, хотя уровень потребления в них по-прежнему заметно ниже, чем в других средиземноморских странах и в среднем по Европейскому региону ВОЗ в целом.

Рис. 3. Тенденции в потреблении алкоголя на душу взрослого населения на Кипре, в Греции, Израиле, Италии, Мальте, Португалии и Испании, 1990–2014 гг.



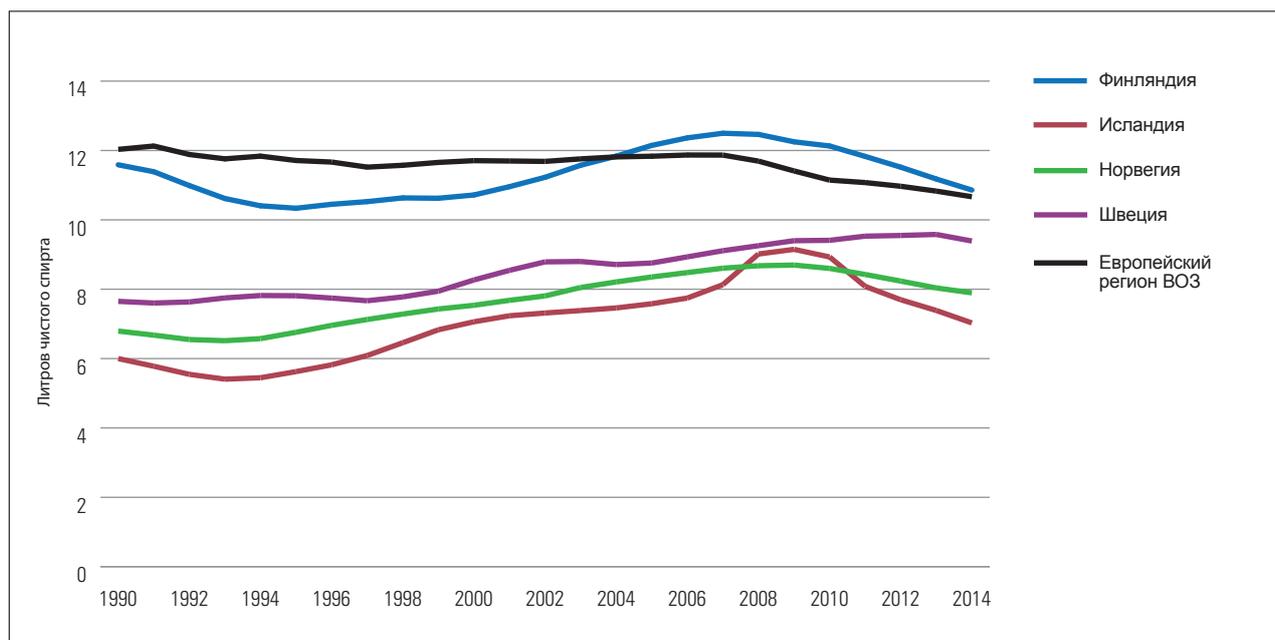
В 2014 г. во всех шести представленных на рис. 4. странах уровень потребления алкоголя был выше, чем в среднем по Европейскому региону ВОЗ. По сравнению со странами центрально-западной части ЕС потребление алкоголя в этом регионе также характеризуется более значительными различиями в уровнях потребления между странами и между разными периодами времени. Но, судя по всему, с течением времени происходило выравнивание, и в 2014 г. потребление на душу населения стало одинаковым во всех странах.

Рис. 4. Тенденции в потреблении алкоголя на душу взрослого населения в Чехии, Венгрии, Польше, Румынии, Словакии и Словении, 1990–2014 гг.



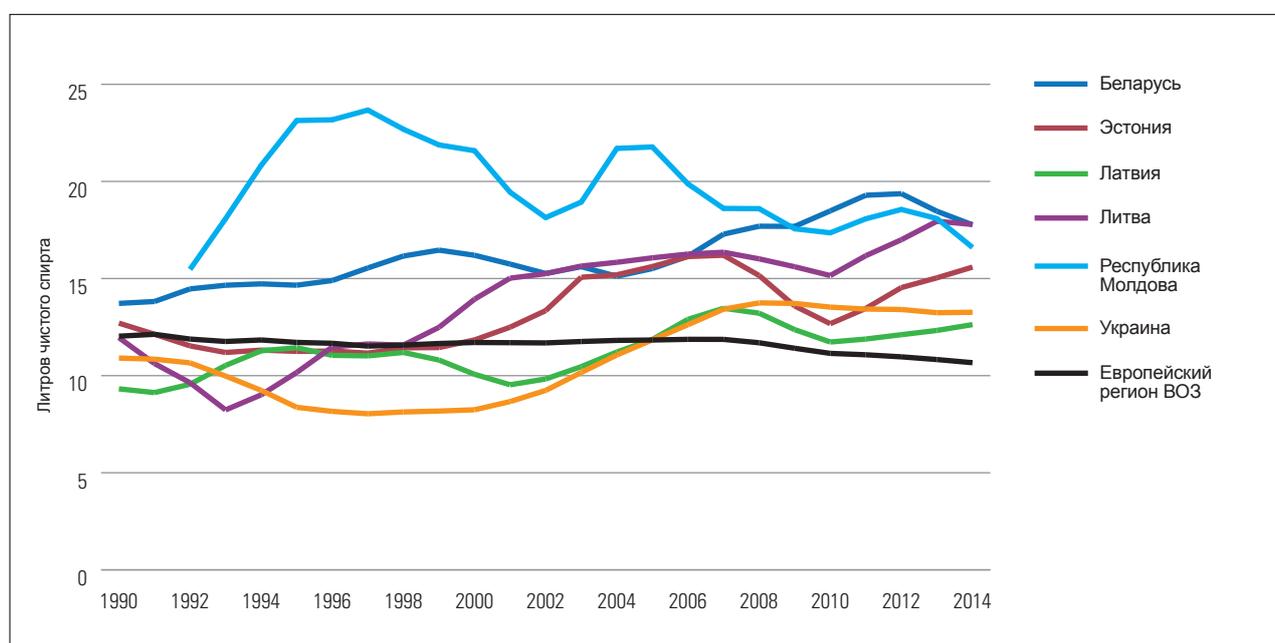
Страны Северной Европы, представленные на рис. 5, исторически находились на нижнем полюсе европейского континуума потребления алкоголя. Положение изменилось в 2000-х годах, а в 2014 г. потребление алкоголя в Финляндии стало выше, чем в среднем по Европейскому региону ВОЗ; с 1990 г. потребление алкоголя возросло и в других странах Северной Европы.

Рис. 5. Тенденции в потреблении алкоголя на душу взрослого населения в Финляндии, Исландии, Норвегии и Швеции, 1990–2014 гг.



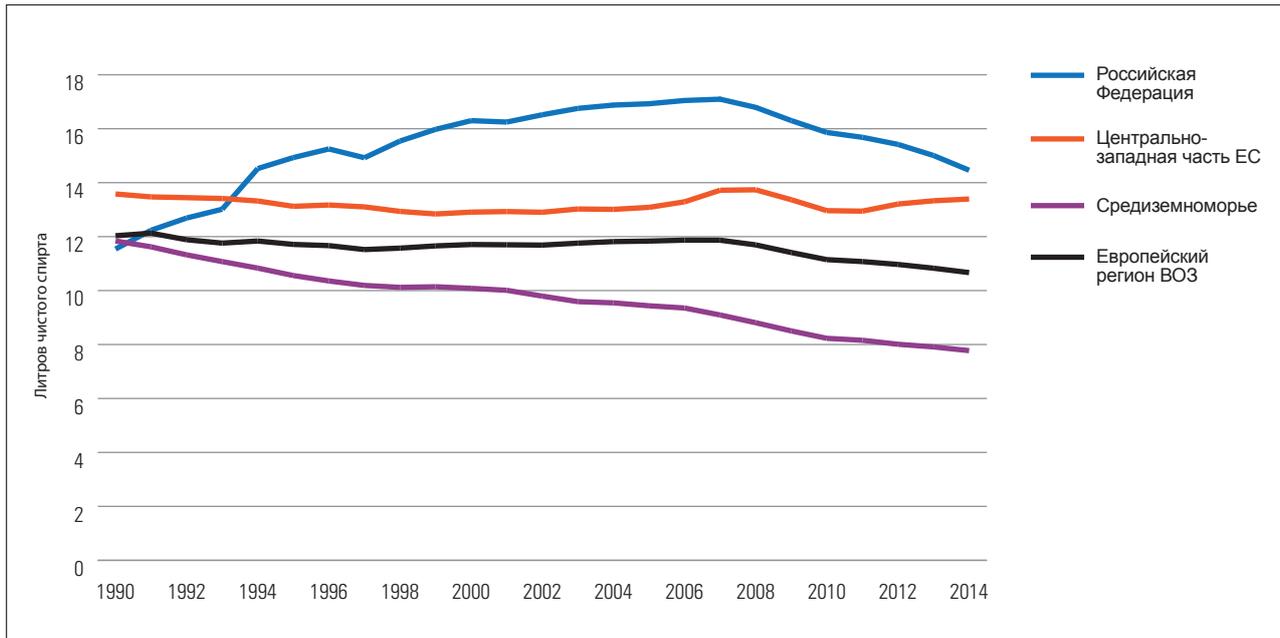
В 2014 г. страны Восточной Европы, показанные на рис. 6, имели значительно более высокий уровень потребления алкоголя по сравнению со средним показателем в Европейском регионе ВОЗ, однако так было не всегда. В некоторых из этих стран в начале 90-х годов прошлого столетия потребление алкоголя было ниже среднего уровня Европейского региона ВОЗ или равнялось этому уровню. Тенденции в этих странах характеризовались более выраженными колебаниями, чем тенденции в других странах Европейского региона ВОЗ.

Рис. 6. Тенденции в потреблении алкоголя на душу взрослого населения в Беларуси, Эстонии, Латвии, Литве, Республике Молдова и Украине, 1990–2014 гг.



Российская Федерация является страной с самой большой численностью населения в Восточной Европе и имеет долгую историю потребления алкоголя в больших количествах, которое ассоциирует со значительным вредом, относимым на счет алкоголя, и такое положение сохраняется и в настоящее время (5, 53-55). На рис. 7 показано, что в течение последних двух с половиной десятилетий уровень потребления оставался высоким (а в 2014 г. был выше, чем в странах центрально-восточной части ЕС). Тем не менее, есть все признаки того, что в течение последних семи лет потребление алкоголя в Российской Федерации снизилось. Это снижение может быть связано с последними изменениями в политике в отношении алкоголя (56,57).

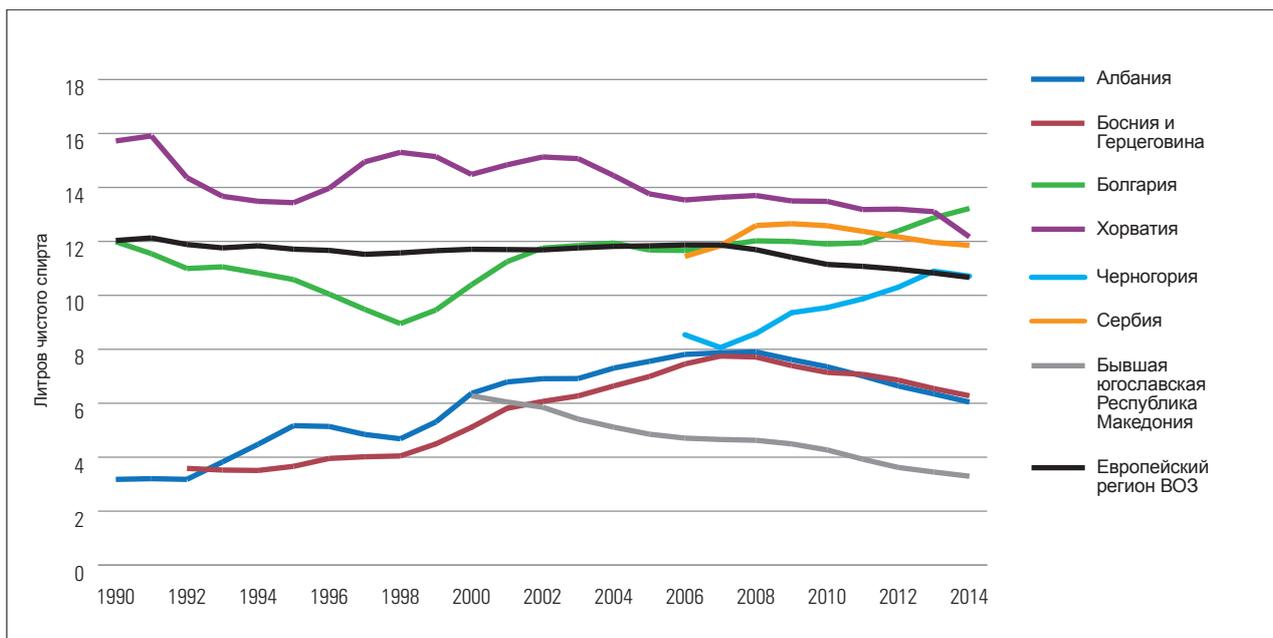
Рис. 7. Тенденции в потреблении алкоголя на душу взрослого населения в Российской Федерации и в некоторых сравниваемых с ней регионах, 1990–2014 гг.



Чтобы проиллюстрировать отличие тенденций в потреблении алкоголя в Российской Федерации, они были сопоставлены с тенденциями в двух других регионах (определения см. во вставке 2). В 1990 г., вскоре после того, как была начата антиалкогольная кампания 1985 г., уровень потребления алкоголя в Российской Федерации был относительно низкий: ниже среднего показателя по Европейскому региону ВОЗ, чуть ниже среднего уровня в странах Средиземноморья и заметно ниже среднего уровня в странах центрально-восточной части ЕС. В последующие годы уровень потребления заметно увеличивался вплоть до 2007 г., когда население Российской Федерации потребило на 3 литра больше чистого спирта на душу населения, чем в странах центрально-восточной части ЕС, на 5 литров больше, чем в среднем в Европейском регионе ВОЗ, и на 8 литров больше, чем в средиземноморских странах. В 2014 г. эти три средних показателя сблизились, в Российской Федерации уровень потребления алкоголя снова снизился, но заметные различия все еще остаются, т.к. средние показатели потребления и в Европейском регионе ВОЗ и в средиземноморских странах тоже снизились.

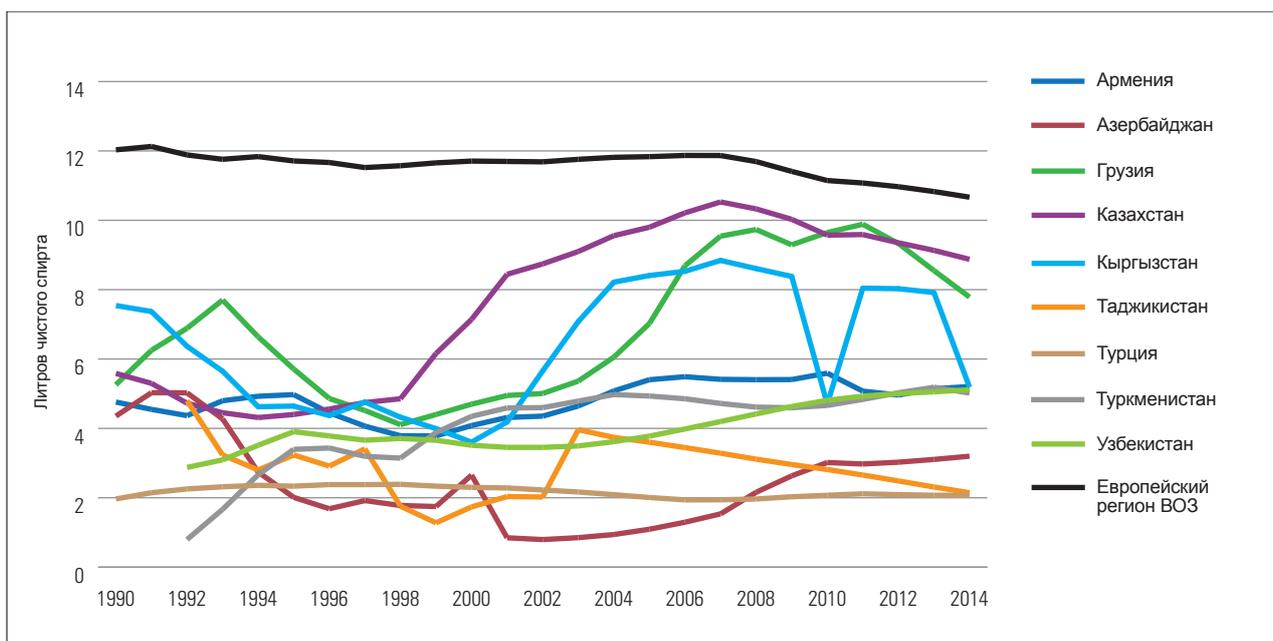
В течение последних десятилетий значительные различия в уровнях потребления алкоголя наблюдаются среди стран центральной части Юго-Восточной Европы (рис. 8) – как между странами, так и внутри стран, без четко выраженной общей тенденции и без какого-либо сближения. Многие из этих стран входили в состав бывшей Югославии, поэтому некоторые из наблюдаемых различий могут также отражать результат создания национальных систем учета потребления. Болгария, Хорватия и Сербия почти в течение десятилетия имели уровни потребления алкоголя выше, чем в среднем в Европейском регионе ВОЗ, в то время как в Боснии и Герцеговине, бывшей югославской Республике Македония и Албании уровни потребления алкоголя были заметно ниже среднего уровня Европейского региона ВОЗ. В этих странах значительная доля населения исповедует мусульманскую веру (52).

Рис. 8. Тенденции в потреблении алкоголя на душу взрослого населения в Албании, Боснии и Герцеговине, Болгарии, Хорватии, Черногории, Сербии и в бывшей югославской Республике Македония, 1990–2014 гг.



В странах юго-восточной части Европейского региона ВОЗ, которые территориально находятся в основном в Азии, можно наблюдать заметные различия в потреблении алкоголя внутри стран и между странами, часто проявляющиеся в течение короткого промежутка времени (рис. 9). Исключением является Турция, где потребление алкоголя на душу взрослого населения стабильно держалось на уровне приблизительно 2 литров в год. В других странах явных закономерностей не наблюдается, за исключением того, что все они по этому показателю находятся значительно ниже среднего уровня Европейского региона ВОЗ. В большинстве стран этого субрегиона большую долю населения составляют мусульмане, но в первые годы периода наблюдения там применялись нормативные документы, касающиеся алкоголя, которые находились под влиянием законов, существовавших в Советском Союзе.

Рис. 9. Тенденции в потреблении алкоголя на душу взрослого населения в Армении, Азербайджане, Грузии, Казахстане, Кыргызстане, Таджикистане, Турции, Туркменистане и Узбекистане, 1990–2014 гг.

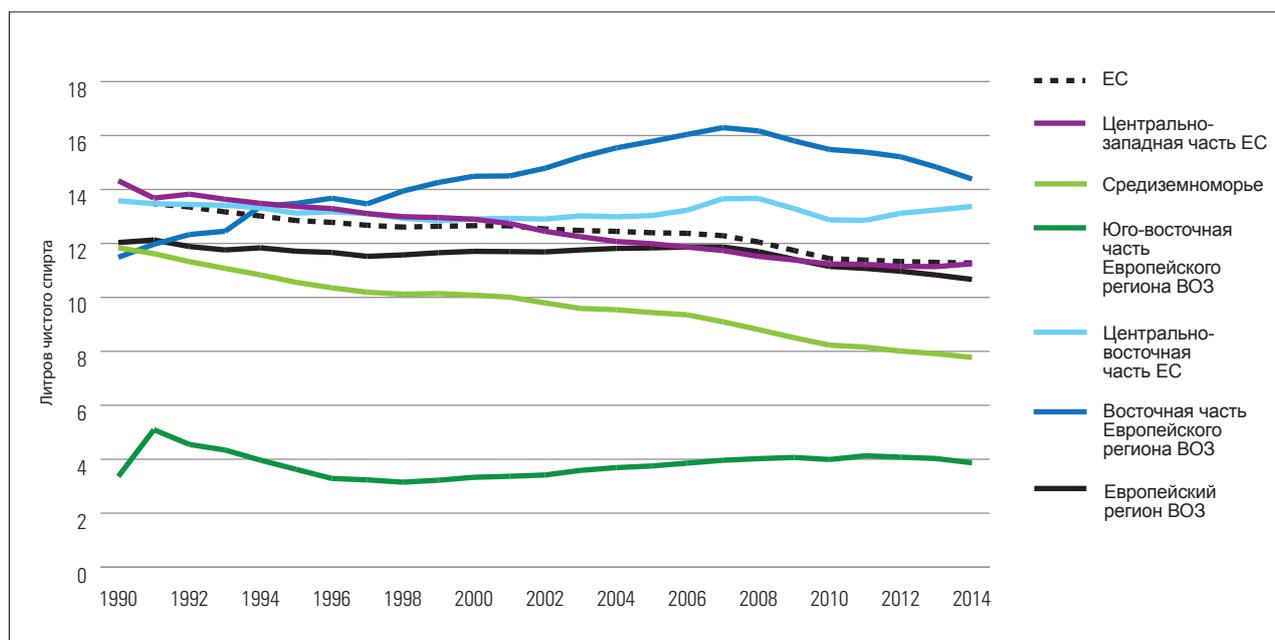


РЕГИОНАЛЬНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ОБЩЕМ ПОТРЕБЛЕНИИ АЛКОГОЛЯ НА ДУШУ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ

На рис. 10 в обобщенном виде показаны тенденции потребления алкоголя в различных субрегионах Европейского региона ВОЗ и в Регионе в целом в период с 1990 по 2014 гг.¹⁰ В тенденциях наблюдаются отчетливые различия: потребление алкоголя в Европейском регионе ВОЗ за последние 25 лет сократилось примерно на 11%, при этом почти все это сокращение началось в 2007 г. Возможно, определенную роль в этом сыграл экономический спад, так как во время спада на алкогольные напитки в целом тратится меньше денег, несмотря на потенциальное увеличение числа безработных (58, 59). (Связь между уровнем безработицы и потреблением алкоголя описывается в (60)). Такой эффект в наибольшей степени относится к странам с низким уровнем дохода, таким как страны в восточной части Европейского региона ВОЗ.

Снижение потребления алкоголя в Европейском регионе ВОЗ также произошло в основном за счет почти линейного снижения за указанный период в странах ЕС (примерно на 18% от уровня потребления в 1990 г.). Для стран в центрально-западной части ЕС, граничащих с Германией, была характерна почти такая же картина, как и во всем ЕС (минус 22%). Внутри ЕС потребление алкоголя уменьшилось больше всего в странах Средиземноморья (минус 34% во всех средиземноморских странах). Это снижение потребления алкоголя в странах Средиземноморья фактически началось до 1990 г. и в первую очередь является результатом снижения потребления вина в странах, потребляющих его традиционно, таких как Франция, Греция, Италия, Португалия и Испания (61-63).

Рис. 10. Тенденции в потреблении алкоголя на душу взрослого населения в Европейском регионе ВОЗ и отдельных субрегионах, 1990–2014 гг.



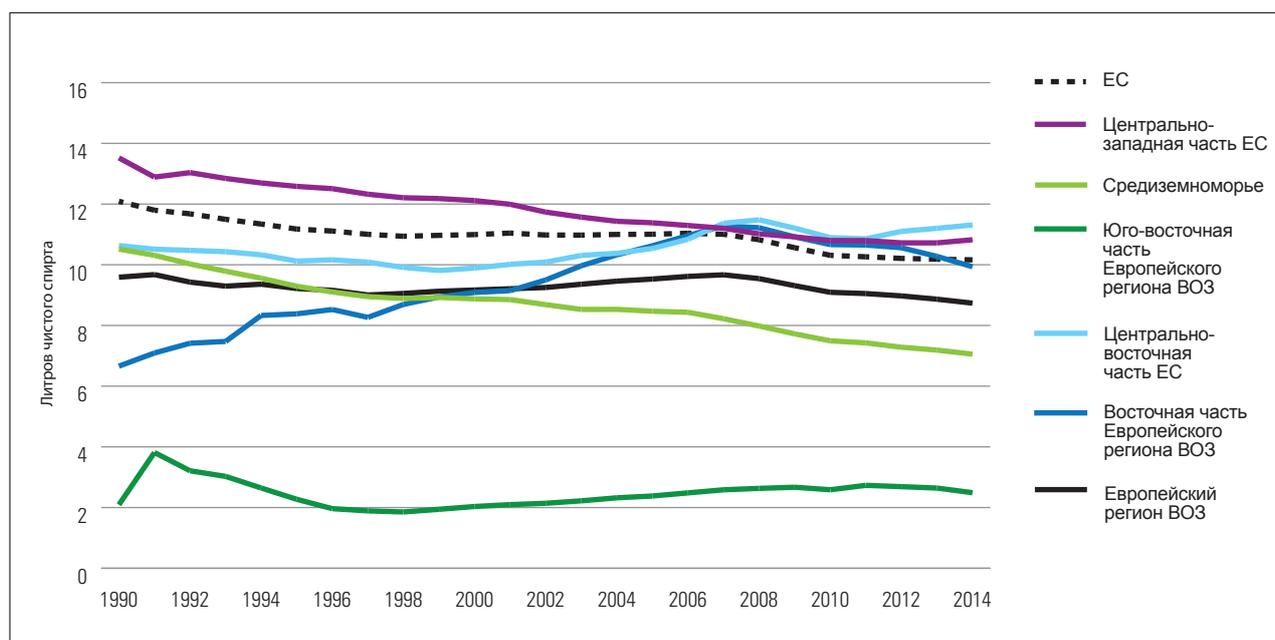
Однако снижение в потреблении алкоголя произошло не во всех регионах ЕС. В центрально-восточной части ЕС в течение периода наблюдения отмечалось практически стабильное потребление. В восточной части Европейского региона ВОЗ в 1990 г. уровни потребления были ниже, чем в странах ЕС и Средиземноморья, а теперь уровень потребления алкоголя здесь намного превышает уровни потребления в этих регионах: в 2014 г. в восточной части Европейского региона ВОЗ потребление на душу населения было больше, соответственно, на 3,1 (28%) и 6,6 (85%) литров, чем в среднем по ЕС и в средиземноморских странах. В то время как в большинстве районов Европейского региона ВОЗ потребление алкоголя выше глобального среднего уровня (в количественном выражении это показано ниже), это не относится к его юго-восточной части. Здесь уровень потребления алкоголя

¹⁰ Хотя главный акцент в настоящем докладе сделан на уровень потребления в отдельных странах и потому большинство цифр относятся ко всем странам в сравнении с соседними странами, в следующем разделе приводятся некоторые тенденции в регионах. Эти регионы частично накладываются друг на друга, поскольку они выбирались по признакам географического положения, экономического благосостояния и традиций в употреблении алкоголя (подробности см. выше).

заметно ниже, отчасти потому, что значительный процент населения исповедует мусульманскую веру (52). Резкое увеличение потребления до 1991 г. в юго-восточной части с последующим снижением в 1992 г. частично объясняется изменившимся за эти годы составом региона и методикой использования средних показателей за три года.¹¹

Большинство изменений в уровнях потребления алкоголя были вызваны изменениями в зарегистрированном потреблении (рис. 11). Страны в центрально-западной части ЕС с традиционно высоким уровнем потребления алкоголя сократили его на 2,7 литров на душу населения (примерно на 20%), ЕС в целом на 16%, а страны Средиземноморья на 33%. В 2014 г. в центрально-западной части ЕС уже не было самого высокого уровня зарегистрированного потребления алкоголя на душу взрослого населения: немного больше зарегистрированного алкоголя на душу населения было потреблено в странах центрально-восточной части ЕС.

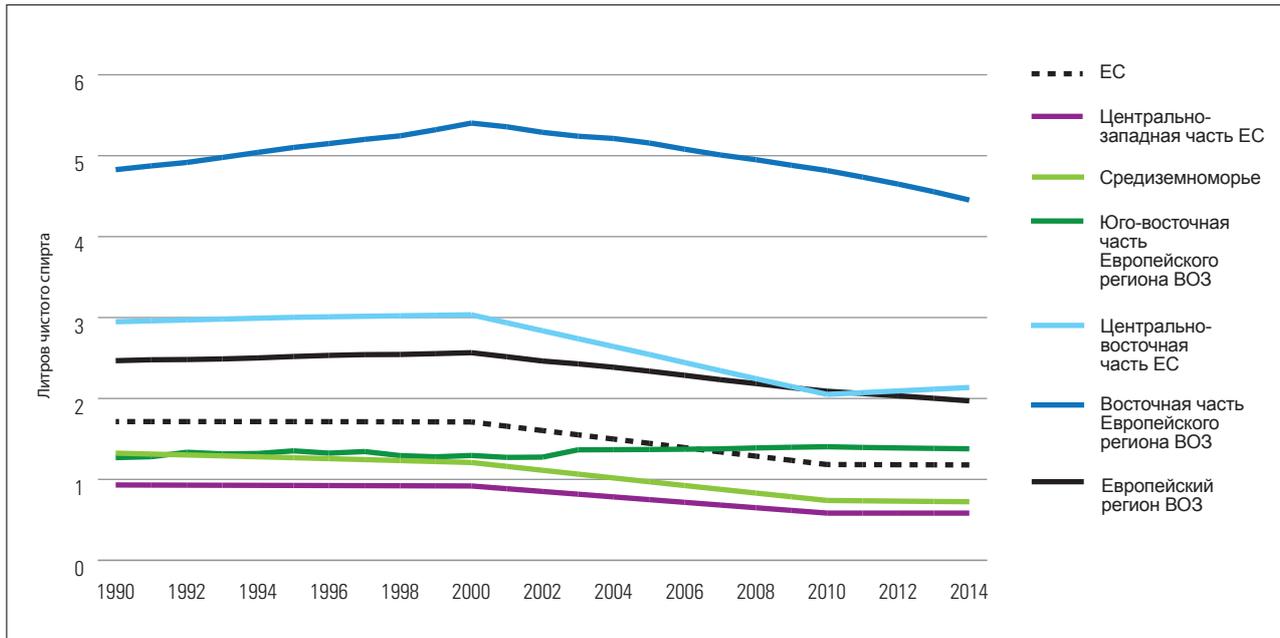
Рис. 11. Тенденции в зарегистрированном потреблении алкоголя на душу взрослого населения в Европейском регионе ВОЗ и в отдельных субрегионах, 1990–2014 гг.



Незарегистрированное потребление алкоголя в Европейском регионе ВОЗ и в большинстве составляющих его субрегионов, согласно периодически проводимым оценкам, было стабильным или уменьшалось (рис. 12). Единственным исключением представляется юго-восточная часть Европейского региона ВОЗ, где в некоторых странах незарегистрированное потребление алкоголя повысилось, хотя и осталось на относительно низком уровне. Еще больше снизили уровень незарегистрированного потребления страны центрально-западной части ЕС. Самый высокий абсолютный уровень и самое большое относительное влияние незарегистрированного потребления на общий уровень потребления алкоголя были выявлены в восточной части Европейского региона ВОЗ (22).

¹¹ Временные ряды для таких стран, как Туркменистан и Узбекистан начинаются в 1991 г., когда они стали независимыми государствами. Кроме того, в 1990 г. во многих странах этого региона изменился источник данных (вопрос об источниках данных для каждой страны и по каждому году рассматривается в (1)), что привело к некоторым изменениям между 1990 годом (средний показатель за 1989–1991 гг., т.е. один год был с другим источником данных) и 1991 годом (средний показатель за 1990–1992 гг., т.е. по всем годам данные из одного и того же источника).

Рис 12. Тенденции в незарегистрированном потреблении алкоголя на душу взрослого населения в Европейском регионе ВОЗ и в отдельных субрегионах, 1990–2014 гг.

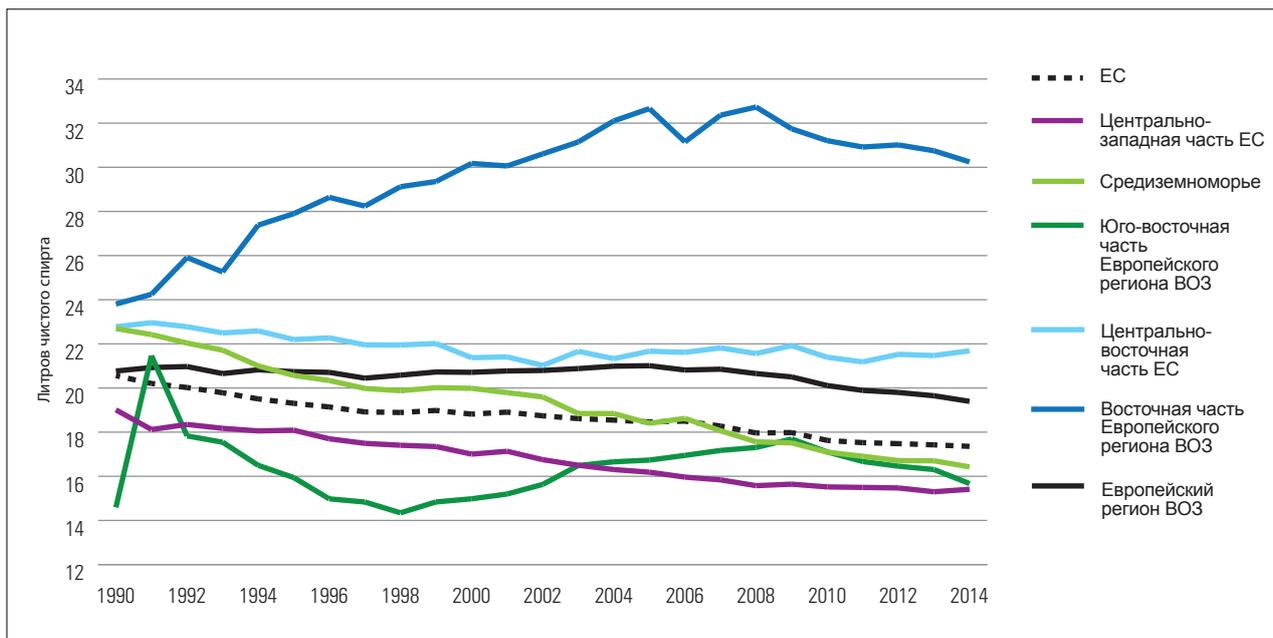


Тенденции в потреблении алкоголя на одного пьющего

Рис. 13 и 14 дают общее представление о потреблении алкоголя в среднем на одного взрослого пьющего с разбивкой по полу. По показателям потребления среди мужчин большинство субрегионов близки к среднему показателю в Европейском регионе ВОЗ (рис. 13), включая даже страны юго-восточной части Региона, и это еще раз указывает на то, что стоит подгруппам населения однажды начать потреблять алкоголь, потом часто оказывается, что они потребляют его на одинаковых уровнях с другими, почти независимо от культуры (64, 65)¹². Тем не менее, уровни потребления алкоголя в восточной части Европейского региона ВОЗ в этом отношении заметно выше, что объясняет, почему на данный регион легло пропорционально большее бремя, относимое на счет алкоголя (1,5, 66). Самый низкий уровень потребления на одного пьющего был отмечен в центрально-западной части ЕС, где показатели трезвости традиционно очень низкие.

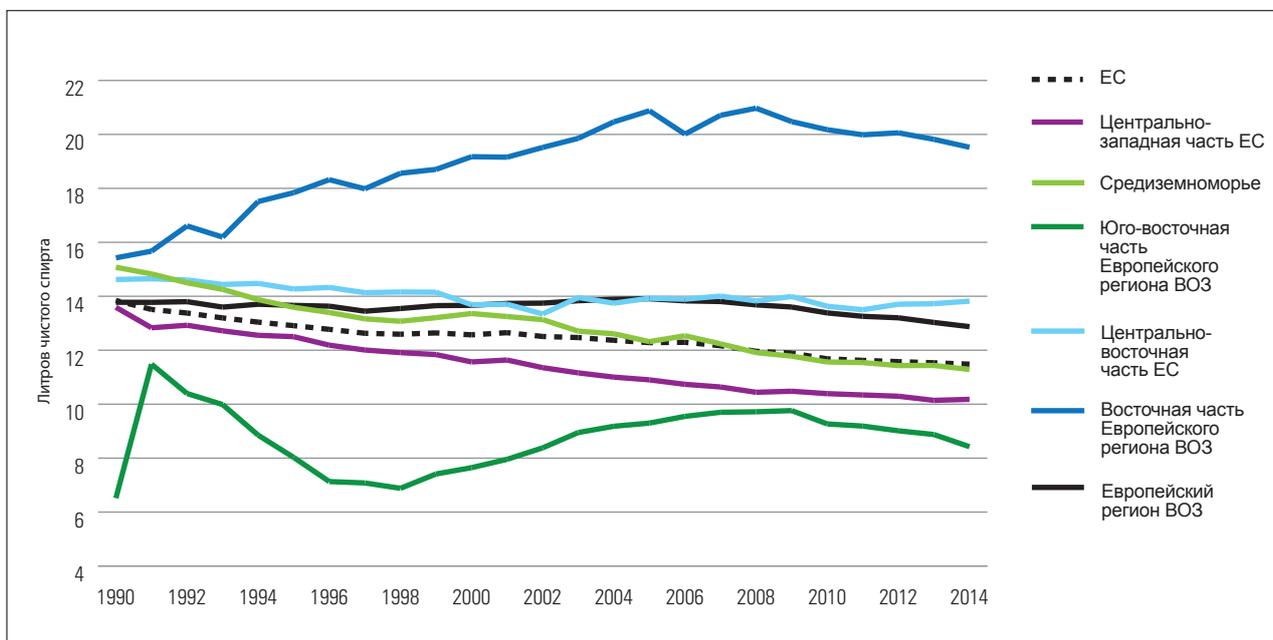
¹² Из этого утверждения следует, что уровень потребления алкоголя в разных странах в значительной мере определяется долей трезвенников в соответствующей стране. В 2010 г. на основе данных Глобального доклада о положении в области алкоголя и здоровья (1) корреляция Пирсона между долей трезвенников в данный момент (определяемых как воздерживающиеся от потребления алкоголя в течение 12 месяцев) и потреблением алкоголя на душу взрослого населения составляла $-0,82$ ($n = 190$ стран; 95% доверительный интервал (ДИ): $-0,86, -0,77$; $t = 19,6$, $P < 0,001$); а для Европейского региона ВОЗ она была равна $-0,61$ ($n = 51$ страна, 95% ДИ: $-0,76, -0,40$; $t = 5,4$; $P < 0,001$).

Рис. 13. Тенденции в потреблении алкоголя на одного пьющего среди взрослых мужчин в Европейском регионе ВОЗ и отдельных субрегионах, 1990-2014 гг.



Среди женщин картина потребления в значительной мере такая же, как и среди мужчин, но на более низком уровне, хотя женщины в юго-восточной части Европейского региона ВОЗ потребляют заметно меньше алкоголя по сравнению с женщинами в других субрегионах и в Европейском регионе ВОЗ в целом (рис. 14).

Рис. 14. Тенденции в потреблении алкоголя на одну пьющую взрослую женщину в Европейском регионе ВОЗ и отдельных субрегионах, 1990-2014 гг.



ЗАКЛЮЧЕНИЕ: ТЕНДЕНЦИИ В ПОТРЕБЛЕНИИ АЛКОГОЛЯ В ЕВРОПЕЙСКОМ РЕГИОНЕ ВОЗ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 25 ЛЕТ

За последние 25 лет взрослое население в Европейском регионе ВОЗ сократило потребление алкоголя. Это сокращение во многом было обусловлено тенденциями в странах ЕС с самым высоким уровнем экономического благосостояния и, в частности, в странах Средиземноморского региона, потребляющих вино. Тем не менее, если в странах восточной части Европейского региона ВОЗ рост потребления алкоголя продолжится, достижение целей в области борьбы с НИЗ, предусматривающих сокращение вредного употребления алкоголя (на 10%), может оказаться в Регионе под угрозой (дополнительные общие соображения по поводу достижения цели в области борьбы с НИЗ, связанной с сокращением вредного употребления алкоголя в Регионе, приводятся в (67)). Здесь следует отметить, что цель в области борьбы с НИЗ, касающаяся алкоголя, для Европейского региона ВОЗ и так была не слишком претенциозной.

Несмотря на общую положительную тенденцию к снижению уровня потребления алкоголя в Европейском регионе ВОЗ, следует отметить огромную разницу в уровне потребления между странами, даже соседними. Нынешний рост потребления алкоголя на душу взрослого населения в ряде стран вызывает тревогу, особенно в восточной части Региона.

Соответствующим странам и Европейскому региону ВОЗ в целом следует направить больше усилий на противодействие подобным тенденциям. Во-вторых, несмотря на общее снижение потребления алкоголя, Регион по-прежнему имеет самые высокие уровни потребления в мире. В более широком смысле, с точки зрения общественного здравоохранения, средний уровень потребления алкоголя на одного взрослого в Европейском регионе ВОЗ высок, при том, что с употреблением алкоголя связывается сравнительно большее число возможных рисков, чем с другими формами добровольного поведения или другими формами употребления психоактивных веществ (68-70). Это является аргументом в пользу того, что нужно предпринять особые усилия для сокращения потребления алкоголя в Европейском регионе намного больше, чем на 10%.

Другие общие выводы будут представлены после описания негативных последствий для здоровья, относимых на счет потребления алкоголя.

СРАВНЕНИЯ МЕЖДУ ЕВРОПЕЙСКИМ РЕГИОНОМ И ДРУГИМИ РЕГИОНАМИ ВОЗ

На рис. 15 и 16 показаны основные составляющие потребления алкоголя на душу населения в 1990 г. и изменения в процентах за 25 лет с разбивкой по регионам ВОЗ (состав регионов ВОЗ по странам см. в Веб-приложении 7). В целом можно утверждать следующее:

- Уровень потребления алкоголя на душу взрослого населения в регионах ВОЗ за последние 25 лет вырос примерно на 10% и порядок их ранжирования остался прежний: Европейский регион ВОЗ имеет самый высокий уровень потребления алкоголя, затем по порядку идут регионы Америки, Западной части Тихого океана, Африки, Юго-Восточной Азии и Восточного Средиземноморья.
- Два региона, имеющие самый высокий уровень потребления алкоголя – Европейский регион ВОЗ и регион Америки – за этот период времени сократили потребление, соответственно, на 11% и 1%.
- Наибольший рост потребления алкоголя наблюдался в азиатских регионах, где он был вызван заметным ростом потребления в Китае (регион Западной части Тихого океана (71)) и Индии (регион Юго-Восточной Азии; более подробную информацию см. в (72)). В Африканском регионе уровень потребления алкоголя тоже заметно вырос (более подробную информацию об Африканском регионе ВОЗ см. в (73)).

Общие тенденции различаются не только между регионами ВОЗ, но и между странами внутри регионов. Рис. 17 наглядно демонстрирует эти различия.

Рис. 15. Потребление алкоголя на душу взрослого населения в регионах ВОЗ в 1990 и 2014 гг.

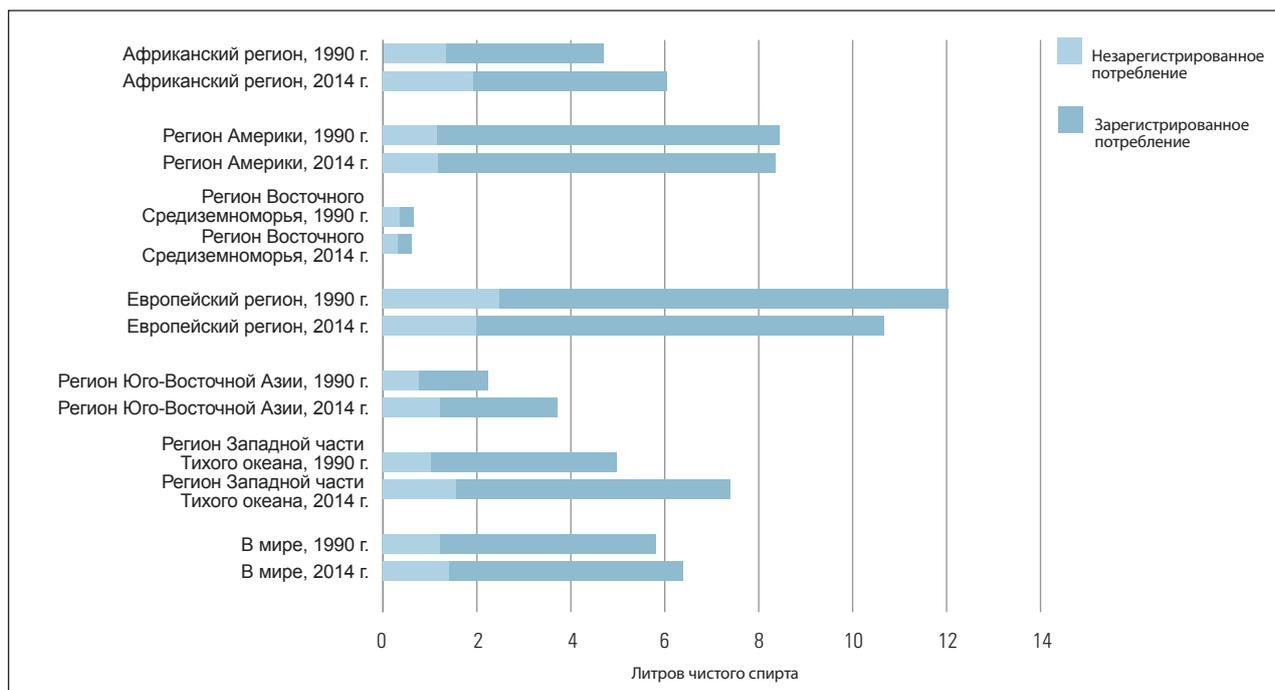


Рис. 16. Пропорциональные изменения в потреблении алкоголя на душу взрослого населения в регионах ВОЗ в период с 1990 по 2014 гг.

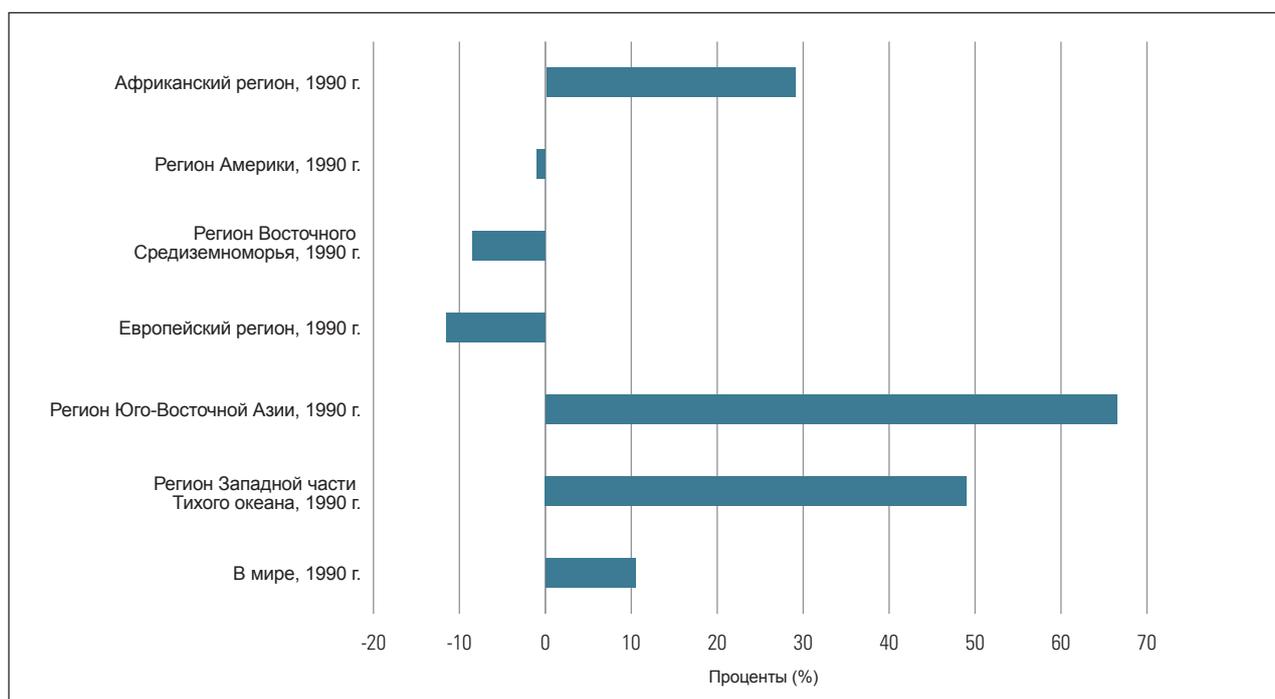
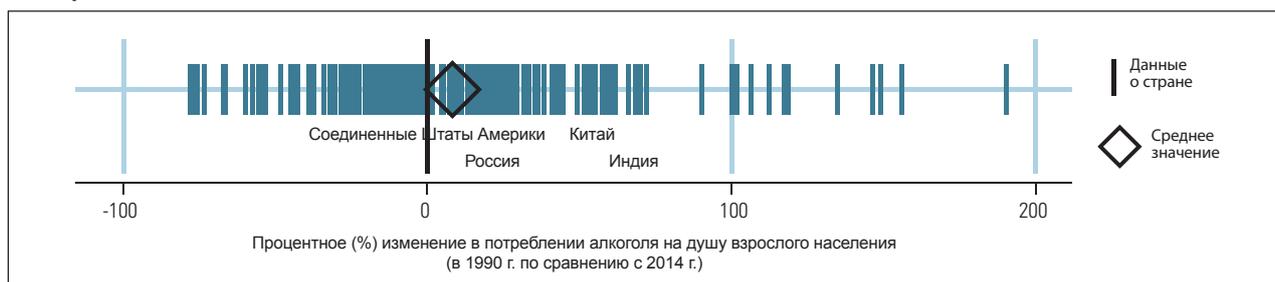


Рис. 17. Данные об изменениях в потреблении алкоголя на душу взрослого населения по странам в период между 1990 и 2014 гг.



БРЕМЯ СМЕРТНОСТИ, ОТНОСИМОЙ НА СЧЕТ АЛКОГОЛЯ, В ЕВРОПЕЙСКОМ РЕГИОНЕ ВОЗ, 1990–2014 ГГ.

К ВОПРОСУ О ВЫБОРЕ СМЕРТНОСТИ КАК ГЛАВНОГО ИТОГОВОГО ПОКАЗАТЕЛЯ

Смертность, бесспорно, является наиболее тяжелым последствием потребления алкоголя для здоровья. У этого итогового показателя также есть и другие преимущества: он обладает большей сопоставимостью и меньшей систематической погрешностью оценки по сравнению с нелетальными показателями здоровья (74). Тем не менее, этому показателю также присущи ограничения: успехи медицины и иные факторы могут приводить к увеличению продолжительности жизни (6), и поэтому некоторые последствия алкоголя для здоровья могут быть завуалированы в случае, если в качестве итогового показателя будет использоваться исключительно смертность. В поддержку этой гипотезы имеются данные, свидетельствующие о том, что динамика относимой на счет алкоголя смертности отличается от динамики относимой на счет алкоголя заболеваемости, в том числе (но не только) по причине использования числа случаев госпитализации в качестве показателя последней (15,75,76).

ОСНОВНЫЕ КАТЕГОРИИ ПРИЧИН СМЕРТИ, ОТНОСИМОЙ НА СЧЕТ АЛКОГОЛЯ

Потребление алкоголя оказывает причинное воздействие в более чем 200 трехзначных рубриках Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (МКБ-10) (77–79). Тем не менее, преобладающая доля бремени смертности, относимой на счет алкоголя, особенно в Европе (80,81), приходится на категории смертности от хронических состояний – цирроза печени, раковых и сердечно-сосудистых заболеваний – и на категории смертности от острых причин – непреднамеренного и преднамеренного травматизма. По данным самого последнего издания Глобального доклада о положении в области алкоголя и здоровья (1), в 2012 г. 88% глобального бремени смертности, относимой на счет алкоголя, было обусловлено этими пятью описываемыми в настоящем докладе широкими категориями причин смерти (90% среди женщин, 87% среди мужчин), из которых наибольший вклад вносит смертность от сердечно-сосудистых заболеваний, а затем – смертность от непреднамеренного травматизма и цирроза печени (см. таблицу 7 в (1)). Остальная доля смертности, относимой на счет алкоголя, была обусловлена инфекционными заболеваниями (туберкулез, ВИЧ и пневмония), психоневрологическими состояниями (эпилепсия, расстройства, обусловленные потреблением алкоголя) и неонатальными состояниями (фетальный алкогольный синдром (ФАС)).

Помимо того, что эти пять категорий имеют наибольшее отношение к смертности, относимой на счет алкоголя, на их долю в Европейском регионе ВОЗ также приходится 76% смертности от всех причин (доля для лиц обоих полов одинакова), в первую очередь – от ССЗ, за которыми следуют рак, травматизм и цирроз печени (расчеты основаны на данных исследования “Глобальное бремя болезней” 2013 г. (82)).

Ниже приводится подробное описание категорий причин смертности и их связь с потреблением алкоголя.

- **Цирроз печени** является одной из наиболее значимых обособленных причин смерти как во всем мире, так и в Европе (83–85), хотя он и не фигурирует в числе НИЗ в принятом ВОЗ Глобальном плане действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013–2020 гг. (13). На протяжении столетий отмечалось причинное воздействие потребления алкоголя на заболевания печени в целом и на цирроз печени в частности (86). Существует четкая зависимость доза-эффект, которая начинается медленно, а затем ускоряется (87). В целом относительные риски потребления алкоголя в больших количествах являются значимыми (87,88), и, соответственно, смертность от относимого на счет алкоголя цирроза печени составляет немалую часть смертности в целом (83,89), особенно в Европе (90).
- Потребление алкоголя было определено Международным агентством по изучению рака как канцерогенный фактор (91–93). Как частично относимые на счет алкоголя были определены следующие **онкологические заболевания**: рак носоглотки, пищевода, гортани, поджелудочной железы, печени, толстой/прямой кишки и

молочной железы (94). Зависимости доза-эффект на шкале относительного риска близки к линейным (95,96), видимое нижнее пороговое значение отсутствует; показано, что потребление алкоголя даже в небольших количествах увеличивает риск раковых заболеваний (96,97). Таким образом, неизменно подтверждается, что потребление алкоголя является существенным фактором риска ракового заболевания, а учитывая высокий уровень потребления алкоголя в Европе, это особенно справедливо в отношении Европейского региона ВОЗ (98,99).

- **ССЗ** характеризуются сложной взаимосвязью с потреблением алкоголя (100,101) (см. вставку 3). С одной стороны, показано, что потребление алкоголя в количестве от небольшого до умеренного связано со снижением заболеваемости и смертности от ишемических расстройств (102,103). С другой стороны, потребление алкоголя в больших количествах, как эпизодическое, так и хроническое, обладает пагубным воздействием (104–106). В отношении большинства других причин смерти от сердечно-сосудистых заболеваний воздействие алкоголя является пагубным и тут наблюдается четкая зависимость доза-эффект (гипертензия (107), геморрагический инсульт (103), мерцательная аритмия (108)). Вследствие этого общее влияние алкоголя на причины смерти от сердечно-сосудистых заболеваний в большинстве стран было негативным (1,101), в то время как чистое влияние на смерть от ишемических расстройств во многих странах было благоприятным, за исключением стран с выраженными моделями эпизодического или хронического потребления алкоголя в больших количествах (109,110).
- Алкоголь оказывает причинное воздействие почти на все категории травматизма, как **преднамеренного**, так и непреднамеренного (78,118,119). В отношении некоторых видов травм, таких как дорожно-транспортный травматизм и насилие, воздействие оказывается как на пьющего (120), так и на остальных людей (14,121). Определенное воздействие на травматизм оказывают все уровни потребления алкоголя, поскольку алкоголь даже в дозах от низких до умеренных влияет на центральную нервную систему (122,123); тем не менее, с повышением уровней потребления зависимость доза-эффект возрастает (124,125).

Вставка 3. Ограниченность оценок влияния здоровья населения на причины смерти от сердечно-сосудистых заболеваний на основании эпидемиологических исследований

Как отмечено в представленном ниже разделе по методике оценки, относимые на счет алкоголя фракции, лежащие в основе оценок стандартизированных коэффициентов, представленных в настоящем докладе для различных категорий причин смерти, были выведены из мета-анализов больших когортных исследований (технический термин, обозначающий исследования, в которых наблюдение за людьми проводится на протяжении длительного периода), в которых подверженность воздействию, такая как потребление алкоголя, обычно оценивалась в начале исследования, а исходы – спустя годы. После этого оценивается связь между подверженностью воздействию и различными исходами.

Тем не менее, имеются некоторые признаки того, что оценка благоприятного влияния потребления алкоголя на ишемическую болезнь сердца и ишемический инсульт, полученная в результате обычных эпидемиологических исследований, была завышена. В исследованиях, на основании которых была сделана такая оценка, был обнаружен ряд систематических ошибок выбора (29,111); похоже, что таким результатам противоречат результаты исследований с менделевской рандомизацией (это иной тип исследования с более строгим контролем) (112) (но также см. (113)); наконец, исследования на агрегированном уровне также выявили противоречивые результаты (114).

Хотя имеющиеся сегодня фактические данные и указывают на то, что оценка благоприятного влияния алкоголя на исходы ССЗ могла быть завышена, для такого полезного эффекта все-таки существуют серьезные биологические причины, судя по данным экспериментальных исследований с использованием суррогатных маркеров ишемической болезни сердца (115–117). Кроме того, степени завышения оценки сложно дать количественное определение, поэтому были использованы самые точные из имеющихся оценок, взятые из мета-анализов исследований на индивидуальном уровне, даже если они и преувеличивают благоприятное влияние.

Время этих категорий причин смерти представлено по каждой стране в отдельности за период с 1990 по 2014 г., а по травматизму также и с разделением на основные подкатегории т.е. непреднамеренный и преднамеренный травматизм. Основные расчеты будут ограничены пьющими, причиняющими вред самим себе, но будут представлены и некоторые данные, указывающие на вред, причиняемый другим людям в связи с потреблением алкоголя.

МЕТОДИКА ОЦЕНКИ БРЕМЕНИ, ОТНОСИМОГО НА СЧЕТ АЛКОГОЛЯ

Для оценки бремени, относимого на счет алкоголя, использована та же стандартная методика, что применялась в Глобальном докладе о положении в области алкоголя и здоровья ВОЗ (последнее издание в 2014 г. (1)) и в исследованиях Глобального бремени болезней, травм и факторов риска (последнее издание в 2013 г. (2)). Подробное описание методики приведено в других источниках (1,2,126), но основные ее этапы представлены ниже в виде обзора.

- Средний уровень подверженности воздействию алкоголя оценивался ежегодно как непрерывная переменная с разбивкой по полу и возрасту (34) на основе триангуляции данных о потреблении алкоголя на душу взрослого населения и данных обследования (источники данных приведены выше; подробное описание методики приведено в (126,127)). Данные обследования необходимы для того, чтобы распределить информацию о потреблении на душу населения, в основном полученную из данных о налогообложении, производстве, экспорте и импорте, на потребление различными половозрастными группами. Случаи потребления алкоголя в больших количествах, использованные для расчета причин смерти от ишемической болезни сердца и травматизма, были взяты из обследований (список всех источников информации о случаях потребления алкоголя в больших количествах см. в Приложении 61)
- Для всех стран, за исключением Российской Федерации и соседних стран с аналогичными моделями потребления (Беларусь, Республика Молдова и Украина), зависимости доза-эффект были взяты из мета-анализов (по циррозу печени – (87); по раковым заболеваниям всех локализаций, относимым на счет алкоголя – (128); по различным категориям ССЗ и гипертонической болезни – (107); по ишемической болезни сердца и ишемическому инсульту – (101,104); по другим типам инсульта – (103); по мерцательной аритмии – (108); по травматизму – (128)). Для Российской Федерации и соседних стран с аналогичными моделями потребления были использованы оценки зависимости доза-эффект для каждой конкретной страны из крупного проспективного исследования, проведенного в Российской Федерации ((54,109); дополнительные рассуждения приведены в (66)).
- Для оценки травматизма использовались относительные риски, взятые из мета-анализа Соггао с соавт. (128), модифицированные таким образом, чтобы они включали потребление больших количеств алкоголя в течение короткого времени. Несмотря на то, что в них не был в явном виде включен риск для других людей в целом¹³, некоторые влияния потребления алкоголя на дорожно-транспортный травматизм были включены. Так, в качестве источника данных о распределении водителей по полу и о числе пассажиров на одну машину использовался Доклад ВОЗ о состоянии безопасности дорожного движения в мире 2015 г., и число пассажиров было прибавлено к оценке травматизма, относимого на счет алкоголя (133). (Общие соображения относительно вреда, причиняемого другим людям, приведены в (14,121)).
- С помощью стандартных формул расчета атрибутивного риска (126) (базовые принципы описаны в (134–136)) комбинировали подверженность воздействию и зависимости доза-эффект и получали относимые на счет алкоголя фракции по полу и возрасту (обычные возрастные группы для сравнительных оценок рисков, характеризующих подверженность воздействию алкоголя: от 15 до 34 лет; от 35 до 64 лет; старше 65 лет).
- Затем относимые на счет алкоголя фракции прикладывали к статистике причин смерти (137), поделенной на соответствующий контингент, и получали число случаев на миллион населения. Для достижения сравнимости данных показатели стандартизировали по возрасту, используя стандартное население по определению Международного агентства по изучению рака (138).

¹³ Таким образом, не были учтены ни последствия потребления алкоголя беременными женщинами для новорожденного (такие как ФАС или нарушения фетального алкогольного спектра (129,130), ни последствия в виде низкой массы тела при рождении (131)), ни влияние алкоголя на агрессию в отношении окружающих (132).

ВРЕМЯ ОТНОСИМОЙ НА СЧЕТ АЛКОГОЛЯ СМЕРТНОСТИ В ЕВРОПЕЙСКОМ РЕГИОНЕ ВОЗ В 2014 Г.

В таблице 1 представлен обзор стандартизированных коэффициентов смертности, обусловленной основными категориями заболеваний, относимых на счет алкоголя, в 2014 году. В то время как страны восточной части Европейского региона ВОЗ с наибольшими общими коэффициентами относимой на счет алкоголя смертности, как правило, характеризуются наивысшими показателями во многих из описанных в этом докладе шести подкатегорий причин смерти (т.е. цирроз печени, раковые заболевания, ССЗ, травматизм, непреднамеренный травматизм, преднамеренный травматизм), результаты представлены отдельно по странам и характеристикам субрегионов.

- На коэффициенты смертности от относимого на счет алкоголя цирроза печени, как и на любой другой тип относимой на счет алкоголя смертности, в основном оказывают влияние два фактора: общий коэффициент смертности от цирроза печени в рассматриваемой стране/субрегионе и уровень потребления алкоголя. В европейских странах с высокими показателями относимого на счет алкоголя цирроза печени на основании этих двух причинных факторов определяются три кластера стран¹⁴: во-первых, это страны Центральной Азии (Казахстан, Кыргызстан, Туркменистан и Узбекистан), где наблюдается высокая распространенность и смертность от цирроза печени, по большей части обусловленного инфекциями гепатита В и С (84). Для этих стран оценка роли потребления алкоголя при использовании стандартных формул может быть завышена (см. выше). С другой стороны, алкоголь играет ключевую роль в смертности от цирроза печени вне зависимости от первоначальной причины заболеваемости болезнью данной категории, поскольку даже относительно малые количества алкоголя могут приводить к смертности у людей с этим заболеванием независимо от его этиологии (87). (Различие в кривых риска между заболеваемостью и смертностью см. в (90,139).¹⁵). Во-вторых, это такие страны, как Венгрия, Республика Молдова, Румыния и Словакия, в которых наблюдаются более высокие показатели заболеваемости циррозом печени, чем можно было бы ожидать, судя только по объему потребления алкоголя. Существует гипотеза, согласно которой определенную роль здесь могут играть некоторые виды крепких фруктовых спиртных напитков, в процессе производства которых не были отделены косточки фруктов (141). Наконец, такие страны, как Литва или Украина являются типичными примерами стран с высоким показателем заболеваемости циррозом печени, более или менее соответствующим высокому общему уровню потребления в них алкоголя. Следует отметить, что причинной детерминантой, видимо, является общая подверженность тканей воздействию алкоголя (142,143), а более переменное потребление одного и того же количества алкоголя не подразумевает дополнительных рисков смертности от цирроза печени, поскольку дни воздержания от приема алкоголя являются благоприятными для восстановления печени (так называемые “выходные для печени” (144,145)).
- Из всех причин смерти в наименьшей степени различаются между странами и во времени относимые на счет алкоголя раковые заболевания. Данный феномен частично может объясняться длительным и изменчивым латентным периодом между воздействием и началом заболевания (146). Другой причиной выступает тот факт, что алкоголь имеет слабую причинную связь с наиболее распространенными видами рака или не имеет ее вовсе. Вследствие этого основной детерминантой относимой на счет алкоголя смертности от раковых заболеваний, которая составляет менее 10% общей смертности от раковых заболеваний в любом из регионов мира, является уровень потребления алкоголя. Тем не менее, различия между странами Европы в 2014 г. по относимым на счет алкоголя фракциям смертности от раковых заболеваний в Европейском регионе ВОЗ (от 1% в Турции и до 9% в Республике Молдова) все же имеют очень большое значение¹⁶, учитывая общий вклад рака в смертность в Регионе.
- Смертность от относимых на счет алкоголя ССЗ, как описано выше, является неоднородной категорией: в основе неоднородности лежат разные воздействия (благоприятные и пагубные) разных аспектов потребления алкоголя (средний объем потребления, модели потребления) на разные причины смерти от сердечно-сосудистых заболеваний (100). В некоторых странах после учета всех факторов наблюдается незначительное защитное воздействие, а во многих странах защитное воздействие потребления алкоголя в количестве от небольшого до умеренного на смертность от ишемической болезни и пагубное воздействие хронического и эпизодического потребления алкоголя в больших количествах на все причины смерти от сердечно-сосудистых заболеваний более или менее уравнивают друг друга (таблица 1). Здесь важную роль играют несколько элементов:

¹⁴ Упомянуты только страны с десятью наивысшими стандартизированными по возрасту показателями относимых на счет алкоголя цирроза печени и других заболеваний и травм, являющихся причинами смерти.

¹⁵ Необходимо также отметить, что потребление алкоголя ассоциирует с повышенным риском так называемых неалкогольных заболеваний печени (140).

¹⁶ Сравнения относимых на счет алкоголя фракций были основаны на самом показателе, поскольку предметом исследования являлась роль алкоголя в объяснении смертности, а не уровень стандартизированных коэффициентов.

- распределение между ишемическими и другими причинами смерти (в основном между ишемической болезнью сердца и цереброваскулярной болезнью (инсультом) (147), а в инсульте – между ишемическим инсультом и геморрагическим инсультом (148));
- распределение уровней потребления алкоголя в соответствующих группах населения, а также модели потребления (117), в частности, распространенность случаев эпизодического и хронического потребления алкоголя в больших количествах;
- ошибочная классификация причины смерти (149) (конкретная ошибочная классификация алкогольного отравления в качестве причины смерти от ССЗ описана ниже отдельно); и
- конкурирующие причины смертности.

К сожалению, качество необходимых данных о подверженности воздействию, связанной с моделью потребления, ниже, чем качество данных о потреблении алкоголя на душу взрослого населения (150), вследствие чего в имеющихся на данный момент оценках присутствует значительная погрешность измерения. Кроме того, хотя в современной эпидемиологии и начато использование оценок относительных рисков по отдельным странам (1,151), в настоящее время и в этом докладе имеются лишь 2 набора оценок относительных рисков: глобальный (78) и для Российской Федерации (109). Глобальные оценки, взятые из мета-анализов, главным образом основаны на когортах из ограниченного числа стран с высоким уровнем доходов и с достаточно благоприятными и стабильными моделями потребления алкоголя, что приводит к более низким оценкам относительных рисков по сравнению с российскими оценками. Можно предположить, что такие страны, как страны Балтии могут характеризоваться рисками, находящимися между двумя оценками – глобальной и российской, учитывая значительное число случаев эпизодического потребления алкоголя в больших количествах (36), которое играет весьма важную роль в причинах смерти от ССЗ (см. выше и (100)). Тем не менее, поскольку в большинстве стран отсутствуют качественные эпидемиологические исследования по алкоголю и смерти от ССЗ, были использованы глобальные оценки, что неизбежно приводит к занижению оценки реального бремени для многих стран с более пагубными моделями потребления алкоголя (т.е. такими моделями, которые включают значительную долю случаев потребления алкоголя в больших количествах).

- Смертность от травматизма является одной из основных категорий относимой на счет алкоголя смертности (1), и алкоголь является одним из главных факторов риска заболеваемости и смертности от травматизма (2). Алкоголь оказывает относительно большое влияние на бремя смертности от травматизма: в случае преднамеренного травматизма – от приблизительно 5-8% (Таджикистан, Турция) до более 60% (Беларусь, Республика Молдова, Российская Федерация и Украина); в случае непреднамеренного травматизма – до более 45% (Беларусь, Литва, Российская Федерация и Украина; см. таблицу 1). В большинстве европейских стран относимые на счет алкоголя фракции составляют порядка 30–40% в случае преднамеренного травматизма и примерно на 5% ниже этого в случае непреднамеренного травматизма. Различия в стандартизированной смертности между разными странами Европейского региона ВОЗ огромны (более чем 20-кратные). Принимая во внимание, что всей смертности из-за относимого на счет алкоголя травматизма в принципе можно полностью избежать изо дня в день (152,153) и что смертность может быть существенно снижена за короткий период времени, смириться с такими значимыми различиями между странами одного региона трудно (также см. раздел “Заключение”).

БРЕМЯ СМЕРТНОСТИ, ОБУСЛОВЛЕННОЕ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ, ОТНОСИМЫМ НА СЧЕТ АЛКОГОЛЯ

На рис. 18 показано, что в 2014 году в странах Западной Европы, также как и в большинстве стран континентальной части ЕС (за исключением стран центрально-восточной части (см. рис. 21) и Прибалтики), показатели по циррозу печени были ниже, чем в Европейском регионе ВОЗ. В полном соответствии с трендом потребления алкоголя (см. рис. 1) стандартизированные показатели относимого на счет алкоголя цирроза печени в первом десятилетии периода наблюдения возросли, а в последующие годы снизились. В Соединенном Королевстве рост смертности от цирроза печени от сравнительно низкого уровня в прошлом до третьей по значимости причины смерти людей в возрасте до 65 лет в настоящее время повлек за собой обсуждения и принятие стратегических мер, особенно потому, что такой рост происходит на фоне снижения показателей других хронических заболеваний в стране (154).¹⁷

¹⁷ Как будет описано подробнее, тренды показателей смертности от цирроза печени, особенно в тех случаях, когда они противоречат другим трендам смертности, также были определены в качестве важных средств мониторинга и эпиднадзора за употреблением психоактивных веществ и в качестве важного показателя неэффективной политики в отношении употребления психоактивных веществ также и в других странах, таких как Соединенные Штаты Америки (155,156).

Таблица 1. Стандартизированная смертность от категорий заболеваний и травматизма, относимых на счет алкоголя, в 2014 г. (общий стандартизированный по возрасту коэффициент и коэффициент относимых на счет алкоголя причин смерти на миллион населения)

Страна (ранжирование по общему коэффициенту смертности OSA)	Цирроз печени	Цирроз печени OSA	Рак	Рак OSA	ССЗ	ССЗ OSA	Травматизм	Травматизм OSA	Непреднамеренный травматизм	Непреднамеренный травматизм OSA	Преднамеренный травматизм	Преднамеренный травматизм OSA
Беларусь	207,8	120,4	1300,8	108,5	4183,6	1214,4	1060,1	637,9	641,4	353,7	418,6	284,2
Украина	252,4	130,7	1118,5	85,3	3909,8	926,2	722,6	379,2	436,9	203,2	285,7	176,0
Российская Федерация	203,7	108,1	1177,5	78,7	3571,0	674,9	921,5	478,8	523,9	235,8	397,6	242,9
Республика Молдова	484,9	273,3	946,4	86,0	3299,3	810,3	523,1	265,8	343,1	150,8	180,1	115,0
Казахстан	343,0	232,9	1268,7	92,3	4258,7	200,3	971,8	323,5	523,9	159,7	447,9	163,7
Литва	197,1	157,8	1156,2	94,5	2411,5	79,5	729,9	351,7	425,8	200,9	304,0	150,8
Кыргызстан	475,4	285,3	827,1	41,2	3957,7	241,9	583,7	115,0	397,1	74,2	186,7	40,8
Румыния	254,0	190,6	1093,3	86,5	2568,8	97,9	384,2	156,3	273,2	106,0	111,0	50,3
Эстония	126,1	98,0	1168,6	80,4	2115,1	65,6	477,4	203,5	290,5	119,4	186,9	84,1
Венгрия	240,3	183,1	1578,8	131,6	2146,7	30,8	401,0	147,8	220,5	76,1	180,6	71,8
Туркменистан	325,1	174,2	946,6	70,4	4373,3	141,7	564,6	121,7	411,4	81,7	153,2	39,9
Грузия	203,9	129,3	945,8	52,1	3681,7	137,8	438,8	148,1	350,4	113,2	88,4	34,9
Польша	138,4	106,2	1300,7	82,6	1827,3	68,2	439,7	177,5	271,3	105,4	168,4	72,1
Словакия	185,2	140,0	1308,4	116,3	2304,4	43,1	358,9	139,2	229,7	85,6	129,2	53,7
Узбекистан	353,6	193,4	617,0	37,1	3881,8	128,2	534,1	102,8	401,3	71,2	132,7	31,6
Болгария	134,7	102,4	1124,0	77,7	3018,7	164,5	335,0	109,0	223,6	70,2	111,4	38,8
Латвия	112,6	81,8	1145,7	71,4	2601,2	-12,6	566,3	199,7	355,7	121,0	210,7	78,6
Словения	155,7	113,5	1165,6	77,6	1200,1	23,8	410,7	145,1	243,1	79,8	167,7	65,3

Таблица 1, продолжение

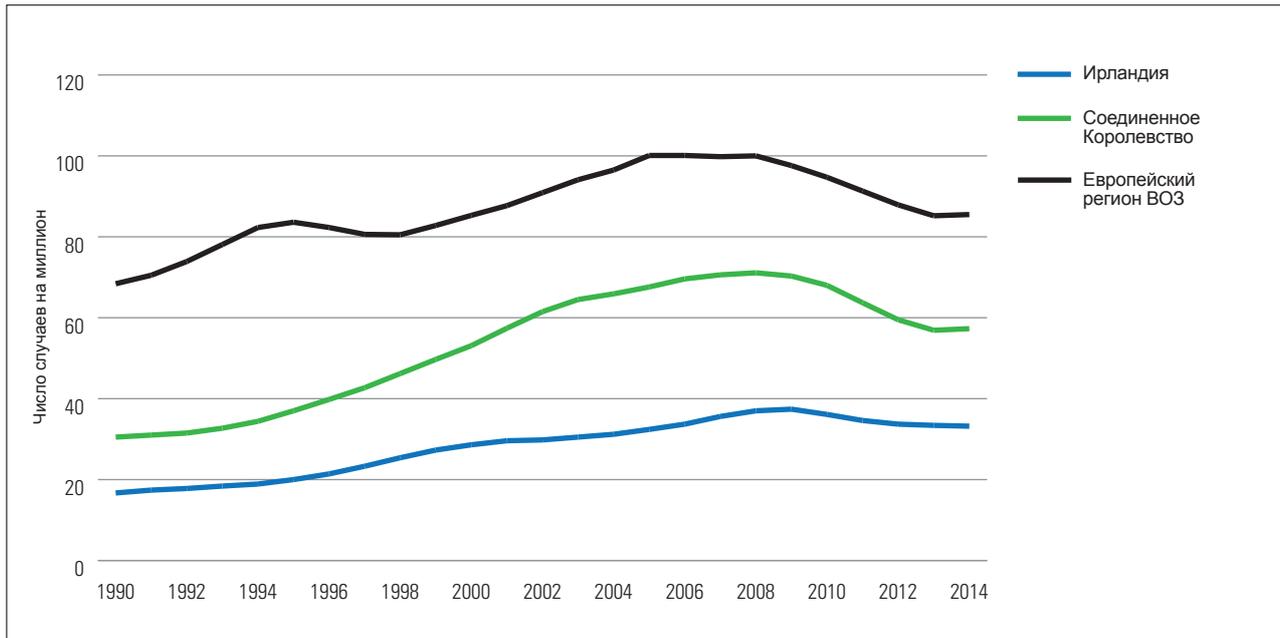
Страна (ранжирование по общему коэффициенту смертности ОСА)	Цирроз печени	Цирроз печени ОСА	Рак	Рак ОСА	ССЗ	ССЗ ОСА	Травм атизм	Травм атизм ОСА	Непре- днамер. травм атизм	Непре- днамер. травм атизм ОСА	Предн амер. травм атизм	Предна мер. травмат изм ОСА
Хорватия	152,4	112,9	1331,1	94,2	1795,7	33,4	377,3	105,4	240,0	64,2	137,3	41,2
Черногория	42,8	31,3	1121,1	57,8	2917,5	144,2	395,8	100,6	206,3	49,4	189,4	51,1
Армения	205,9	104,4	1244,5	46,3	2545,8	57,5	385,9	112,0	277,2	76,3	108,6	35,7
Франция	91,5	64,1	1177,6	80,9	739,0	17,2	366,8	132,8	224,3	74,8	142,6	58,0
Чехия	121,1	93,6	1268,7	90,1	1785,5	-4,7	343,1	124,0	221,1	75,8	122,0	48,2
Бельгия	85,3	60,7	1133,2	69,0	953,0	8,6	376,7	137,7	219,1	74,9	157,6	62,8
Дания	114,2	76,2	1093,9	58,9	1017,1	-2,1	257,4	86,8	150,9	50,8	105,7	37,3
Португалия	117,1	81,2	1078,7	74,6	988,3	49,5	301,4	79,6	192,2	47,9	109,2	31,7
Австрия	119,3	76,0	1075,8	53,3	1139,2	12,8	284,8	110,4	164,3	62,2	120,5	48,2
Германия	108,1	73,6	1106,2	67,0	1154,7	13,6	231,8	103,0	134,6	57,1	97,2	45,9
Финляндия	121,4	84,1	897,8	44,2	1200,4	-5,8	366,0	117,7	196,2	60,6	169,8	57,1
Ирландия	50,2	33,2	1075,5	56,3	1103,8	35,7	232,2	97,3	133,1	51,8	99,1	45,4
Азербайджан	260,0	106,5	766,4	28,1	3129,2	63,0	319,6	59,2	248,7	43,8	70,9	15,5
Греция	46,1	28,7	1068,4	42,5	1483,4	39,5	250,6	96,4	209,8	79,4	40,8	17,0
Испания	85,5	55,5	1016,5	59,4	825,9	25,2	204,9	75,1	143,3	50,4	61,6	24,7
Сербия	59,3	43,6	1141,5	73,8	2081,4	67,6	322,2	50,8	179,3	26,1	142,9	24,6
Соединенное Королевство	80,7	57,3	1110,4	63,8	971,1	10,1	176,9	74,2	112,9	44,9	63,9	29,3
Таджикистан	251,8	101,5	676,5	22,4	3565,8	105,3	425,3	24,2	333,5	17,8	91,8	6,4
Швеция	49,6	31,3	943,3	40,9	1129,7	14,8	251,8	89,8	131,1	44,2	120,7	45,6

Таблица 1, продолжение

Страна (ранжирование по общему коэффициенту смертности ОСА)	Цирроз печени ОСА	Цирроз печени ОСА	Рак	Рак ОСА	ССЗ	ССЗ ОСА	Травм атизм ОСА	Травм атизм ОСА	Непре- днамер- травм атизм ОСА	Непре- днамер- травм атизм ОСА	Предна- мер- травмат- изм ОСА	
Босния и Герцеговина	71,3	43,3	1134,4	44,8	2001,3	59,8	227,0	52,4	121,2	25,1	105,7	27,2
Нидерланды	47,8	29,9	1301,3	62,4	894,5	5,7	217,8	72,5	127,6	39,5	90,2	33,0
Италия	80,1	44,9	1057,6	47,2	880,0	14,8	211,7	68,0	154,9	48,5	56,8	19,5
Мальта	41,9	25,1	876,6	39,4	1037,9	36,0	156,6	57,4	107,4	37,3	49,2	20,0
Албания	8,8	4,5	1000,1	32,1	2588,3	44,1	446,4	66,3	313,1	45,2	133,3	21,1
Швейцария	50,5	31,8	949,0	50,1	816,6	-19,0	256,3	70,2	135,3	35,6	121,0	34,6
Кипр	33,9	22,1	664,8	28,5	944,7	19,6	188,9	66,1	157,8	54,2	31,1	11,9
Норвегия	36,4	20,3	1033,6	34,7	914,9	-32,8	266,2	73,5	159,7	42,4	106,5	31,2
Бывшая югославская Республика Македония	58,8	25,0	1115,3	32,7	2776,6	21,8	257,3	39,1	164,8	24,1	92,6	14,9
Исландия	13,0	6,6	924,4	24,3	888,2	-22,6	209,2	74,6	110,2	37,3	99,1	37,3
Израиль	48,6	17,7	912,9	23,6	747,1	1,7	238,8	41,5	155,0	23,1	83,8	18,4
Турция	54,7	14,7	1161,0	15,0	1707,5	36,0	302,8	21,8	230,2	16,2	72,5	5,6

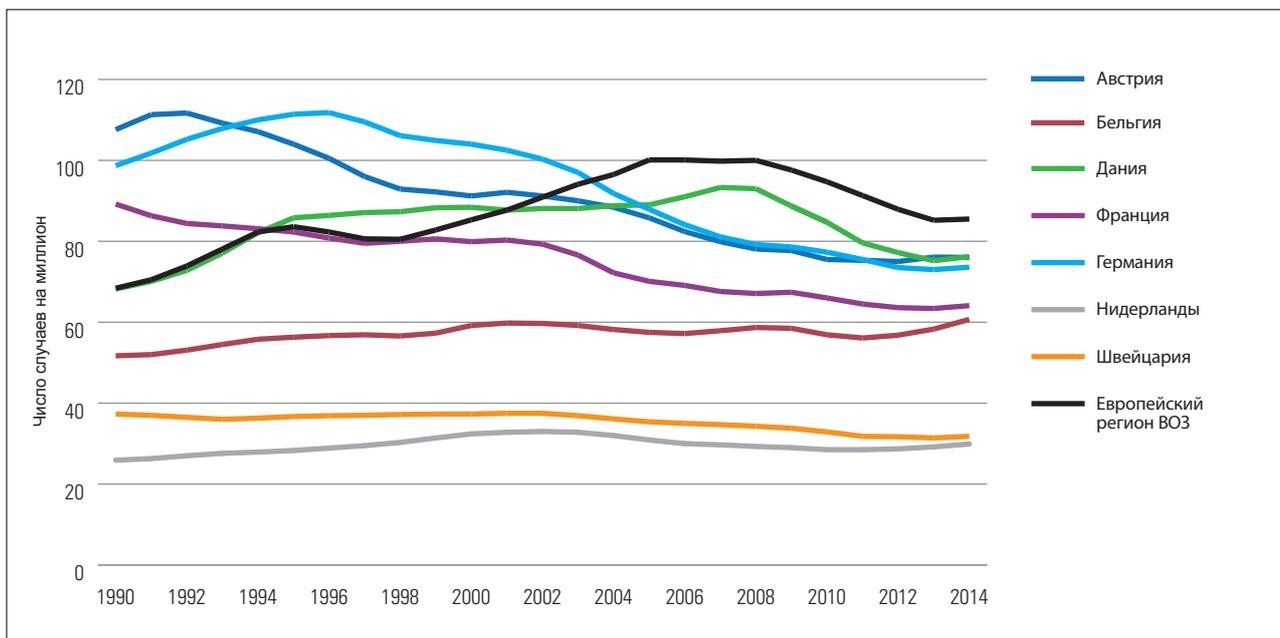
ОСА: относимый на счет алкоголя; преднамер: преднамеренный; непреднамер: непреднамеренный; страны, выделенные зеленым маркером, характеризуются наиболее низкими стандартизированными по возрасту коэффициентами относимой на счет алкоголя смертности (5 самых низких коэффициентов); страны, выделенные красным маркером, характеризуются наиболее высокими стандартизированными по возрасту коэффициентами относимой на счет алкоголя смертности в соответствующих категориях (10 самых высоких коэффициентов).

Рис. 18. Тенденции в стандартизированной по возрасту смертности среди взрослого населения вследствие цирроза печени, относимого на счет алкоголя, в Ирландии и Соединенном Королевстве, 1990–2014 гг.



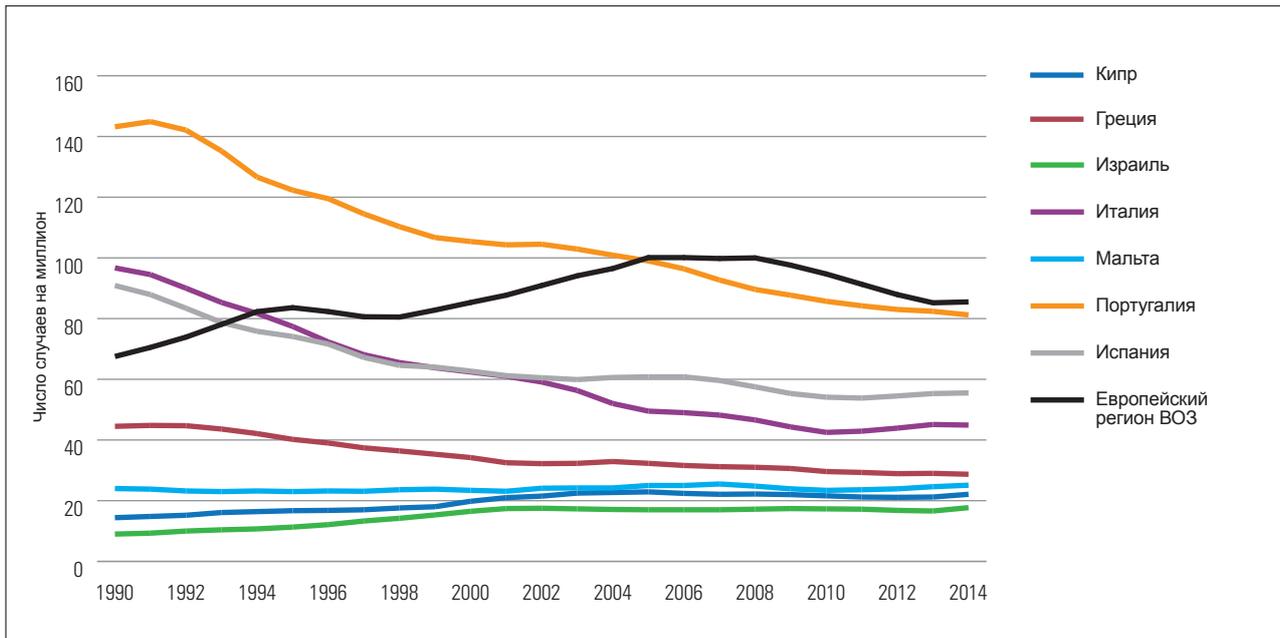
Начиная с первых лет XXI века, во всех странах центрально-западной части Европы наблюдаются более низкие показатели по циррозу печени, чем в Европейском регионе ВОЗ в целом (рис. 19). Австрия, Дания, Франция и Германия, где в первые годы периода наблюдения смертность вследствие цирроза печени, относимого на счет алкоголя, была выше, снизили этот показатель, что согласуется с уровнями потребления в этих странах (см. рис. 2).

Рис. 19. Тенденции в стандартизированной по возрасту смертности среди взрослого населения вследствие цирроза печени, относимого на счет алкоголя, в Австрии, Бельгии, Дании, Франции, Германии, Нидерландах и Швейцарии, 1990–2014 гг.



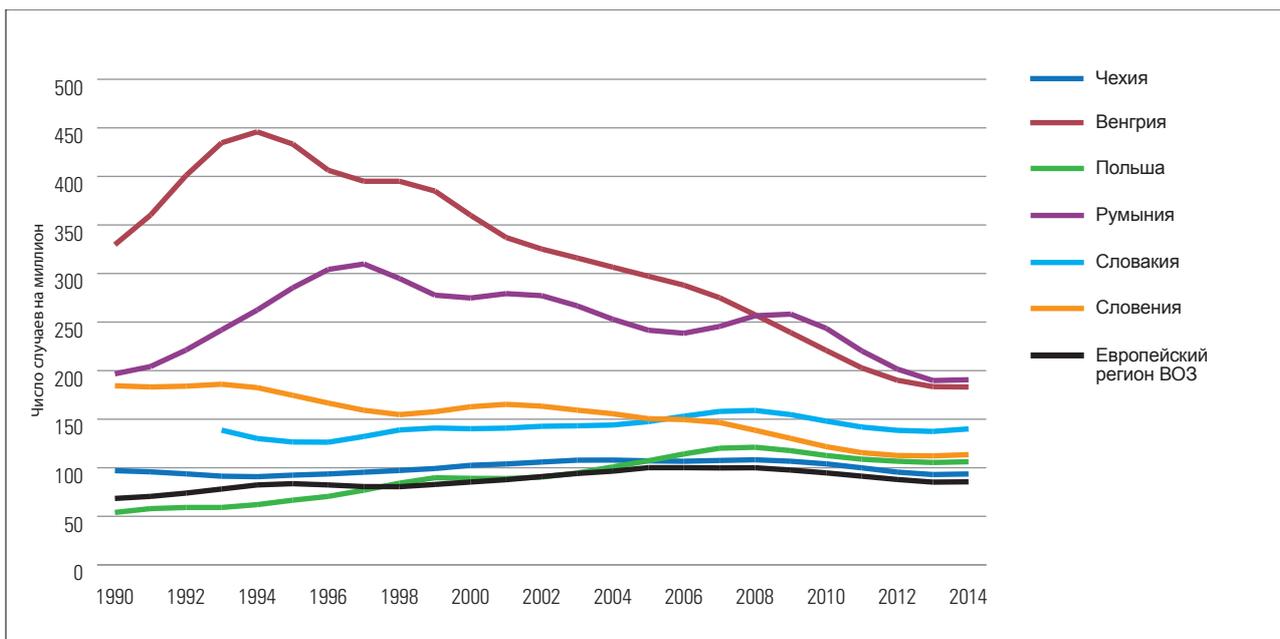
После 2005 г. во всех странах Средиземноморья коэффициенты смертности вследствие цирроза печени были ниже среднего значения по Европейскому региону ВОЗ (рис. 20). В 1990 г. в Италии, Португалии и Испании показатели были выше, но по мере постоянного снижения потребления алкоголя на душу взрослого населения в этих странах с устоявшейся традицией потребления вин показатели по циррозу печени также снизились, причем снижение началось более чем за 10 лет до 1990 года (157).

Рис. 20. Тенденции в стандартизированной по возрасту смертности среди взрослого населения вследствие цирроза печени, относимого на счет алкоголя, на Кипре, в Греции, Израиле, Италии, Мальте, Португалии и Испании, 1990–2014 гг.



Во всех странах центрально-восточной части ЕС коэффициенты смертности вследствие цирроза печени были выше среднего значения по Европейскому региону ВОЗ, хотя и в разной степени. Самые высокие коэффициенты наблюдаются в странах, в которых определенную долю рынка занимают алкогольные напитки, изготовленные из фруктов с косточками (Венгрия, Румыния, Словакия и Словения; см. приведенное выше обсуждение гипотезы о фруктовых косточках (90,141)). Тем не менее, есть признаки того, что наиболее высокие показатели в последние пять лет снижаются (см. рис. 21).

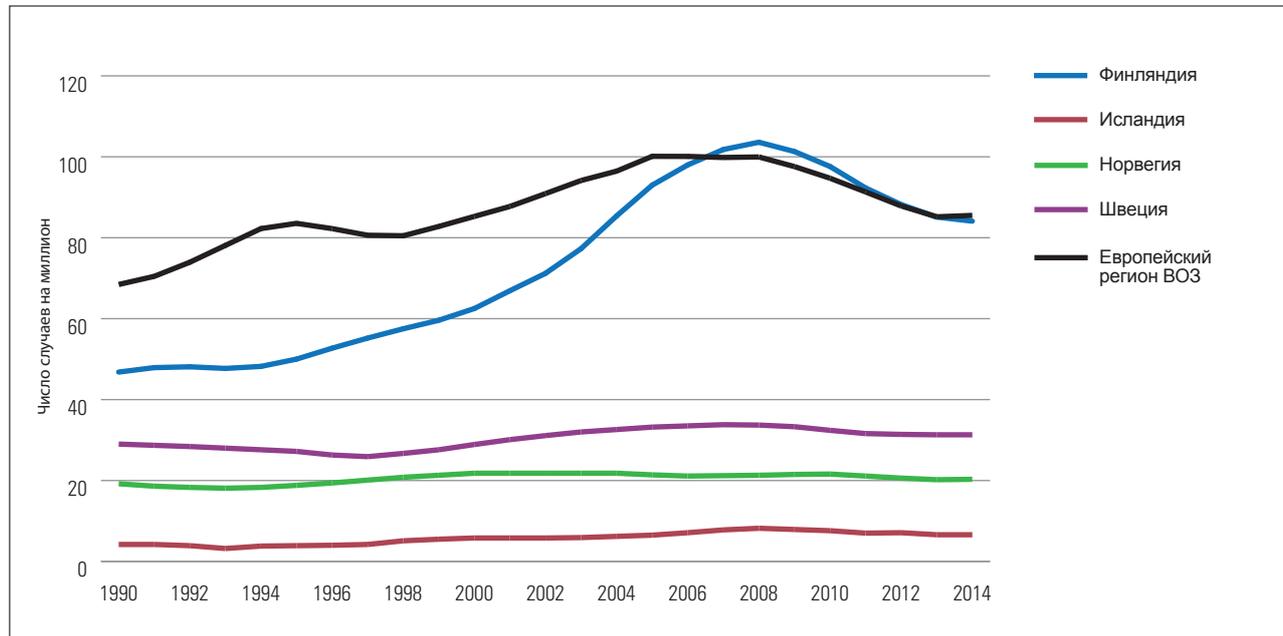
Рис. 21. Тенденции в стандартизированной по возрасту смертности среди взрослого населения вследствие цирроза печени, относимого на счет алкоголя, в Чехии, Венгрии, Польше, Румынии, Словакии и Словении, 1990–2014 гг.



Как и в случае уровня потребления алкоголя (см. рис. 5), смертность вследствие цирроза печени, относимого на счет алкоголя, в Финляндии близка к среднему показателю по Европейскому региону ВОЗ. В остальных

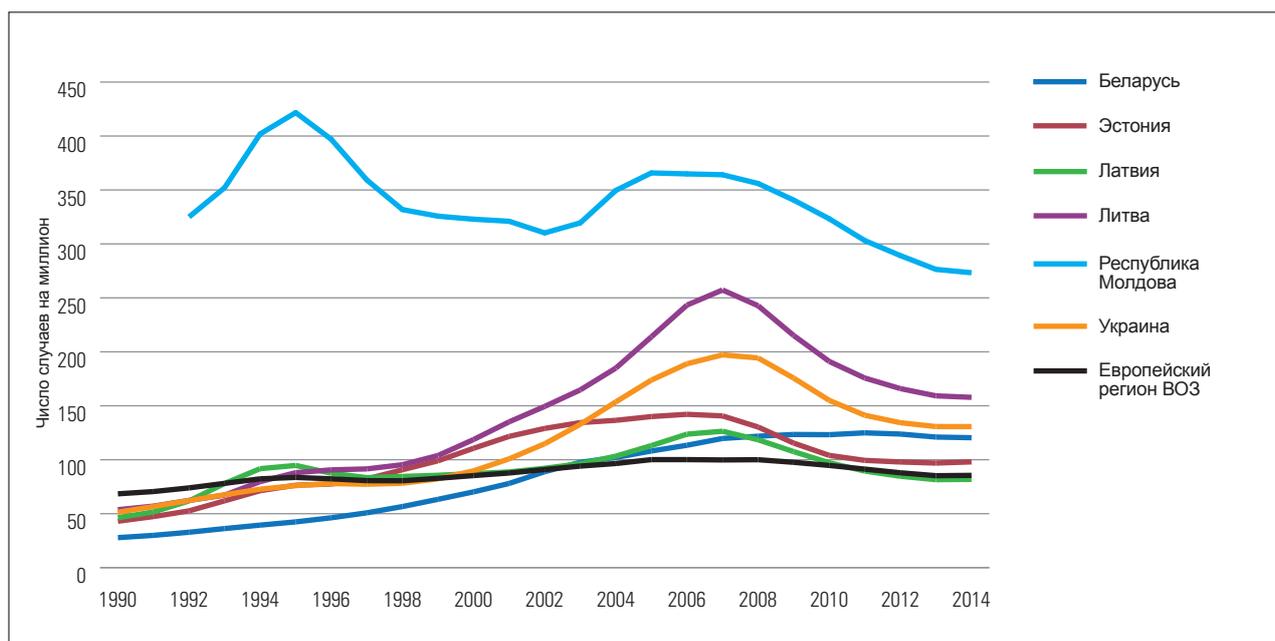
странах Северной Европы показатели все еще заметно ниже среднего значения по Региону, несмотря на то, что наблюдается их незначительный рост (см. рис. 22). Исландия входит в число стран с наименьшими коэффициентами смертности вследствие цирроза печени не только в Европе, но и во всем мире.

Рис. 22. Тенденции в стандартизированной по возрасту смертности среди взрослого населения вследствие цирроза печени, относимого на счет алкоголя, в Финляндии, Исландии, Норвегии и Швеции, 1990–2014 гг.



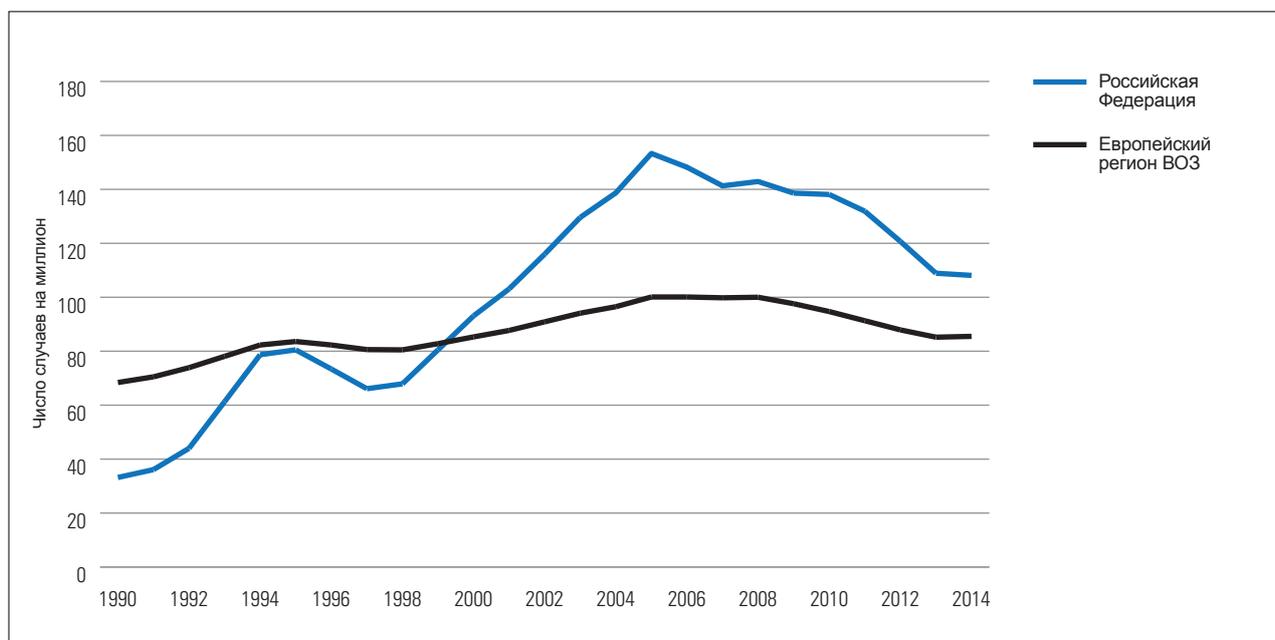
Несмотря на то, что изначально во всех странах Восточной Европы, показанных на рис. 23, за исключением Республики Молдова, показатели по циррозу печени, относимому на счет алкоголя, были ниже среднего значения по Европейскому региону ВОЗ, с начала нового столетия показатели в этих странах значительно превышают средний уровень в Регионе. В последние несколько лет в большинстве этих стран наблюдается снижение показателей по циррозу печени, и вследствие этого снижаются также и показатели по циррозу печени, относимому на счет алкоголя. Какие-либо очевидные причины этого явления в странах, показанных на рис. 23, не установлены, однако, по всей видимости, показатели начали снижаться после начала спада в экономике, который очень сильно затронул эти страны. Связи между спадом в экономике и потреблением алкоголя сложные (58), но в целом фактические данные подтверждают причинное воздействие спада, которое заключается в том, что вследствие большей ограниченности средств люди тратят меньше денег на алкогольные напитки. Такое следствие в наибольшей степени касается стран с более низким уровнем экономического достатка, таких как страны восточной части ЕС (по крайней мере в Европе). Тем не менее, несмотря на то, что уровни потребления алкоголя в странах центральной и восточной части Европейского региона ВОЗ после окончания экономического спада снова поднялись (рис. 6), показатели по циррозу печени продолжили снижение.

Рис. 23. Тенденции в стандартизированной по возрасту смертности среди взрослого населения вследствие цирроза печени, относимого на счет алкоголя, в Беларуси, Эстонии, Латвии, Литве, Республике Молдова и Украине, 1990–2014 гг.



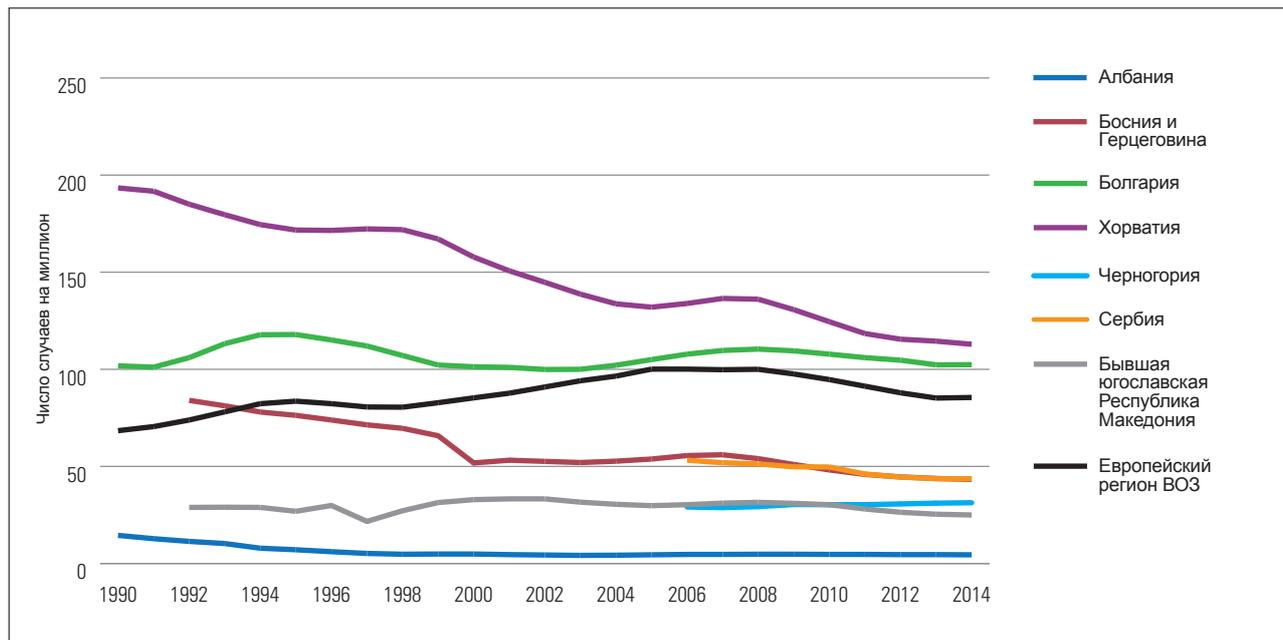
В Российской Федерации, по всей видимости, наблюдается та же тенденция, что и в других странах Восточной Европы: рост показателей по циррозу печени за последние 25 лет, превышение среднего значения по Европейскому региону ВОЗ примерно в 2000 г. и опять снижение в последние годы, хотя и не до среднего уровня по Региону (сравните рис. 24 и рис. 23).

Рис. 24. Тенденции в стандартизированной по возрасту смертности среди взрослого населения вследствие цирроза печени, относимого на счет алкоголя, в Российской Федерации, 1990–2014 гг.



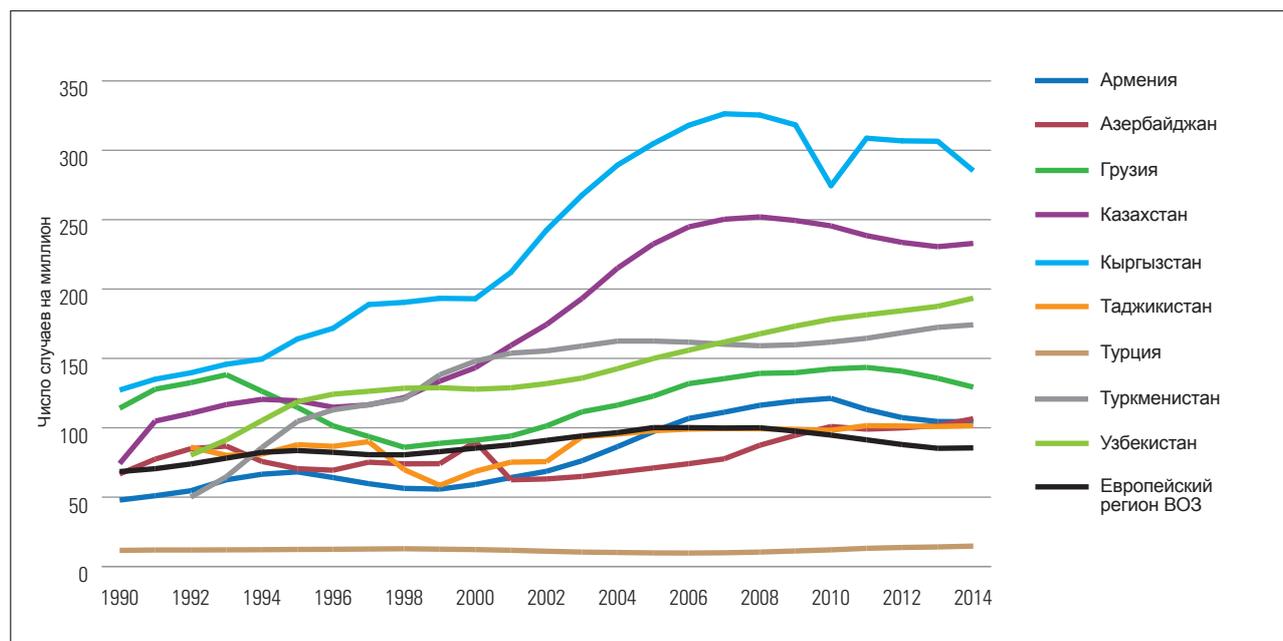
Как и в случае потребления алкоголя (см. рис. 8), смертность вследствие цирроза печени, относимого на счет алкоголя, в странах центральной части юго-восточной Европы как ниже, так и выше среднего значения по Европейскому региону ВОЗ (рис. 25). Самый высокий показатель наблюдается в Хорватии, и там же относительно велики объемы производства алкогольных напитков из фруктов с косточками (см. выше).

Рис. 25. Тенденции в стандартизированной по возрасту смертности среди взрослого населения вследствие цирроза печени, относимого на счет алкоголя, в Албании, Боснии и Герцеговине, Болгарии, Хорватии, Черногории, Сербии и в бывшей югославской Республике Македония, 1990–2014 гг.



В 2014 г. во всех странах юго-восточной части Европейского региона ВОЗ, за исключением Турции, наблюдались более высокие показатели по циррозу печени, относимому на счет алкоголя (рис. 26), несмотря на то, что потребление алкоголя в этих странах ниже среднего по Региону (рис. 9). Как отмечалось выше, это явление может частично объясняться циррозом печени вследствие действия других факторов риска наряду с потреблением алкоголя, поскольку алкоголь также оказывает определенное влияние на смертность. Следует также отметить, что методика, использованная для сравнительной оценки рисков, не позволяла надлежащим образом учитывать другие факторы риска.

Рис. 26. Тенденции в стандартизированной по возрасту смертности среди взрослого населения вследствие цирроза печени, относимого на счет алкоголя, в Армении, Азербайджане, Грузии, Казахстане, Кыргызстане, Таджикистане, Туркменистане, Турции и Узбекистане, 1990-2014 гг.



ВРЕМЯ СМЕРТНОСТИ, ОБУСЛОВЛЕННОЕ РАКОВЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, ОТНОСИМЫМИ НА СЧЕТ АЛКОГОЛЯ

На рис. 27–35 показаны стандартизированные по возрасту коэффициенты смертности от раковых заболеваний, относимых на счет алкоголя, в различных кластерах стран. Как было указано выше, общая вариабельность коэффициентов смертности от раковых заболеваний как внутри стран, так и между ними намного меньше, чем вариабельность в других категориях причин смерти; так, различия в смертности вследствие раковых заболеваний, относимых на счет алкоголя, обусловлены главным образом различиями в уровне общей подверженности воздействию алкоголя (который выражается в потреблении алкоголя на душу взрослого населения; см. выше). В результате, несмотря на общую ограниченность этих различий, можно выделить следующие региональные тенденции: в большинстве стран Средиземноморья, Северной Европы, центрально-западной части ЕС и юго-восточной части Европейского региона ВОЗ бремя смертности по этой причине было ниже среднего уровня в Европейском регионе ВОЗ, тогда как в большинстве стран центрально-восточной части ЕС и Восточной Европы, включая Российскую Федерацию, оно было выше среднего уровня в ЕС.

Рис. 27. Тенденции в стандартизированной по возрасту смертности среди взрослого населения вследствие раковых заболеваний, относимых на счет алкоголя, в Ирландии и Соединенном Королевстве, 1990–2014 гг.

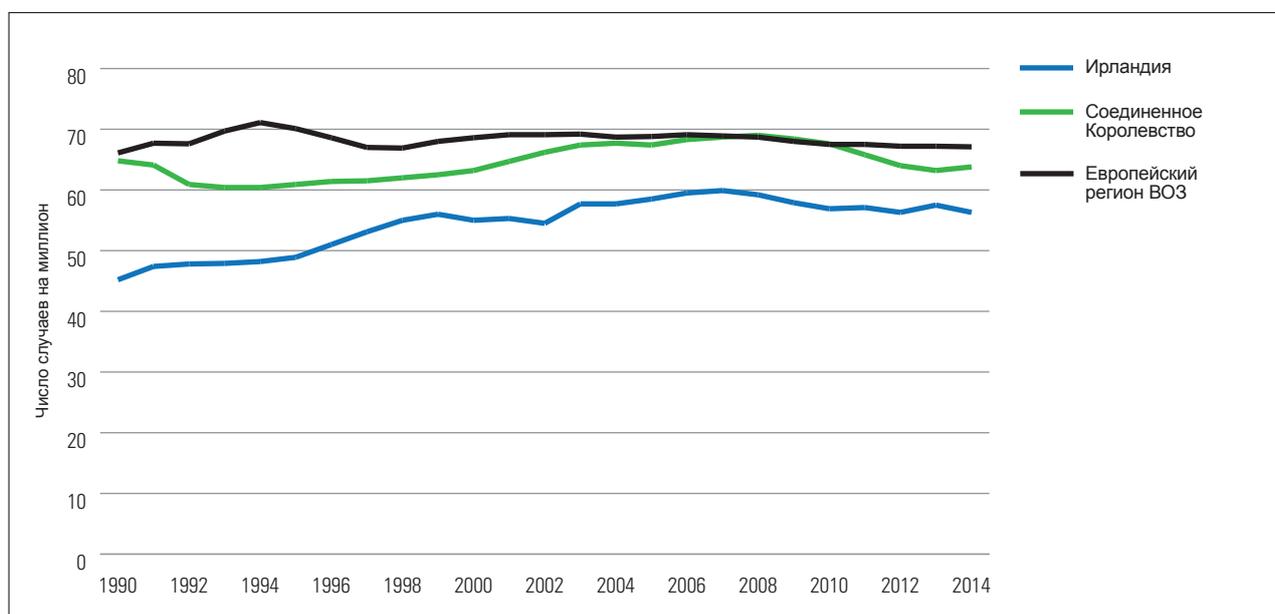


Рис. 28. Тенденции в стандартизированной по возрасту смертности среди взрослого населения вследствие раковых заболеваний, относимых на счет алкоголя, в Австрии, Бельгии, Дании, Франции, Германии, Нидерландах и Швейцарии, 1990–2014 гг.

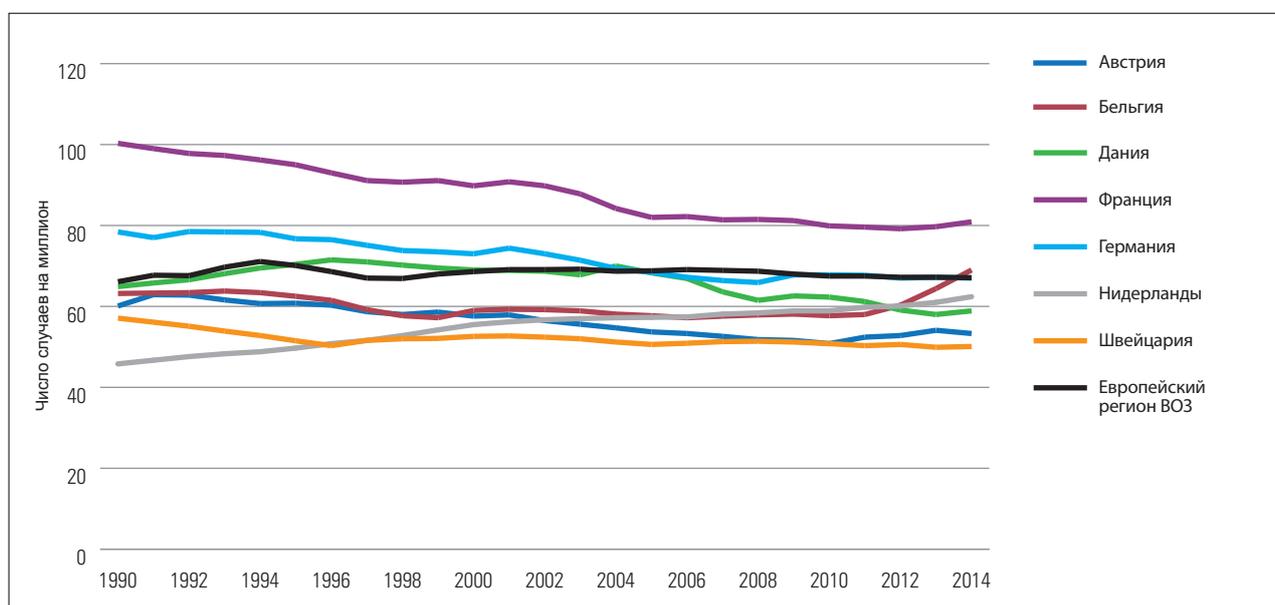


Рис. 29. Тенденции в стандартизированной по возрасту смертности среди взрослого населения вследствие раковых заболеваний, относимых на счет алкоголя, на Кипре, в Греции, Израиле, Италии, Мальте, Португалии и Испании, 1990–2014 гг.

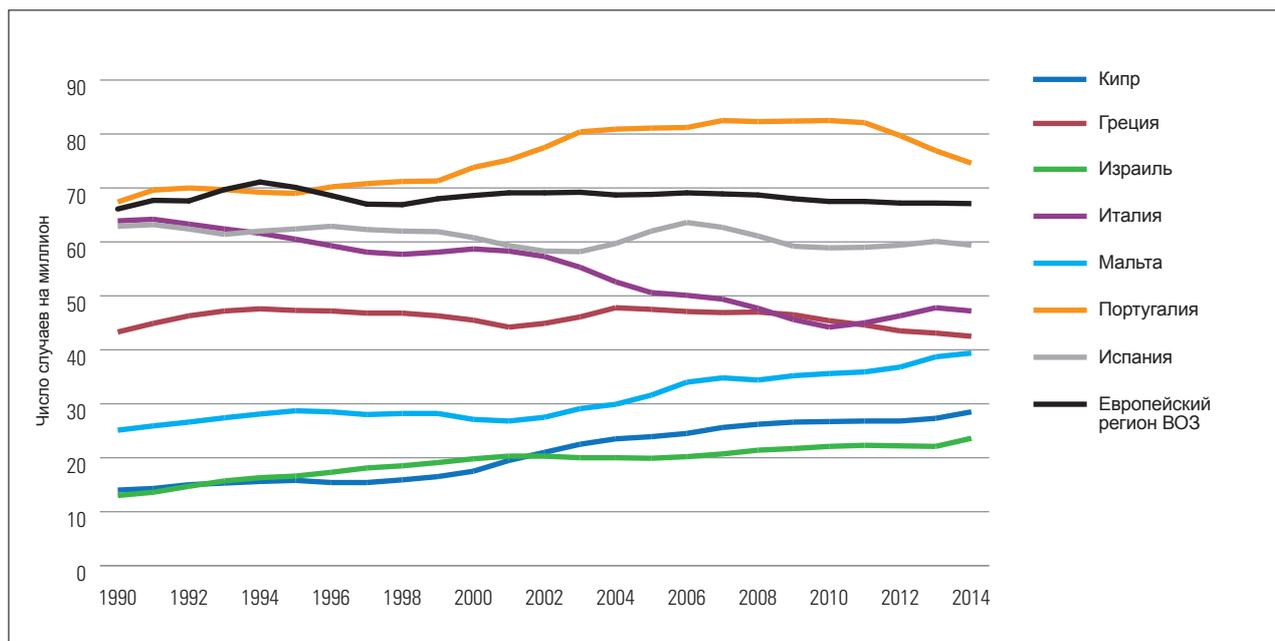


Рис. 30. Тенденции в стандартизированной по возрасту смертности среди взрослого населения вследствие раковых заболеваний, относимых на счет алкоголя, в Чехии, Венгрии, Польше, Румынии, Словакии и Словении, 1990–2014 гг.

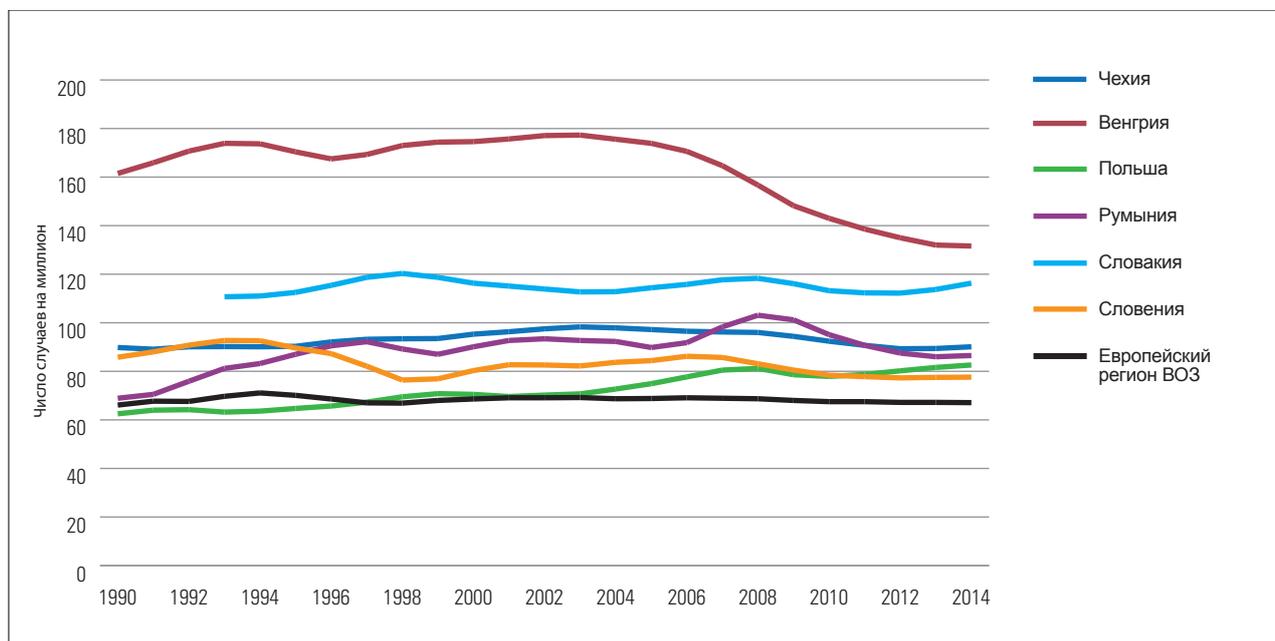


Рис. 31. Тенденции в стандартизированной по возрасту смертности среди взрослого населения вследствие раковых заболеваний, относимых на счет алкоголя, в Финляндии, Исландии, Норвегии и Швеции, 1990–2014 гг.

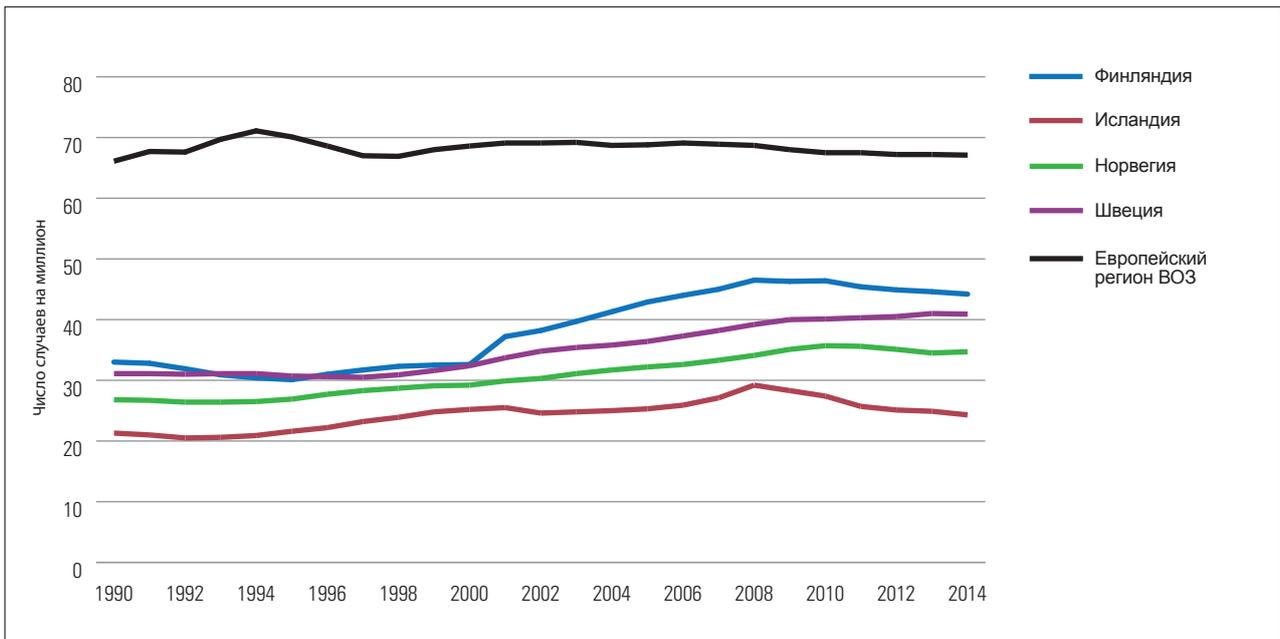


Рис. 32. Тенденции в стандартизированной по возрасту смертности среди взрослого населения вследствие раковых заболеваний, относимых на счет алкоголя, в Беларуси, Эстонии, Латвии, Литве, Республике Молдова и Украине, 1990–2014 гг.

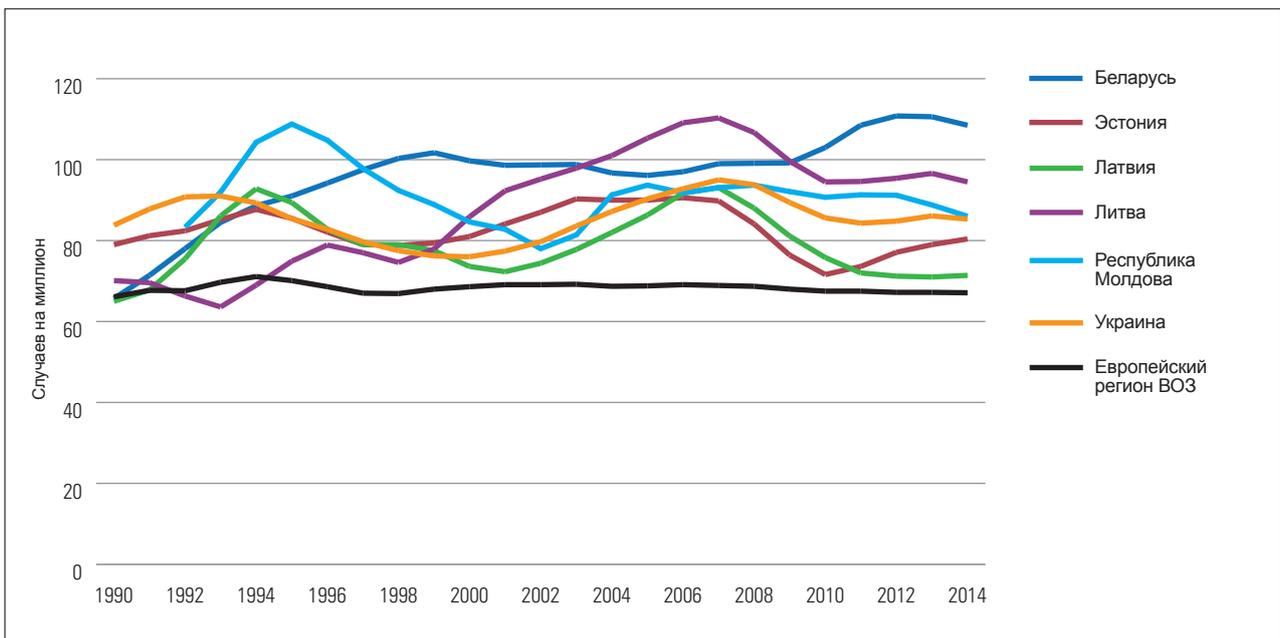


Рис. 33. Тенденции в стандартизированной по возрасту смертности среди взрослого населения вследствие раковых заболеваний, относимых на счет алкоголя, в Российской Федерации, 1990–2014 гг.

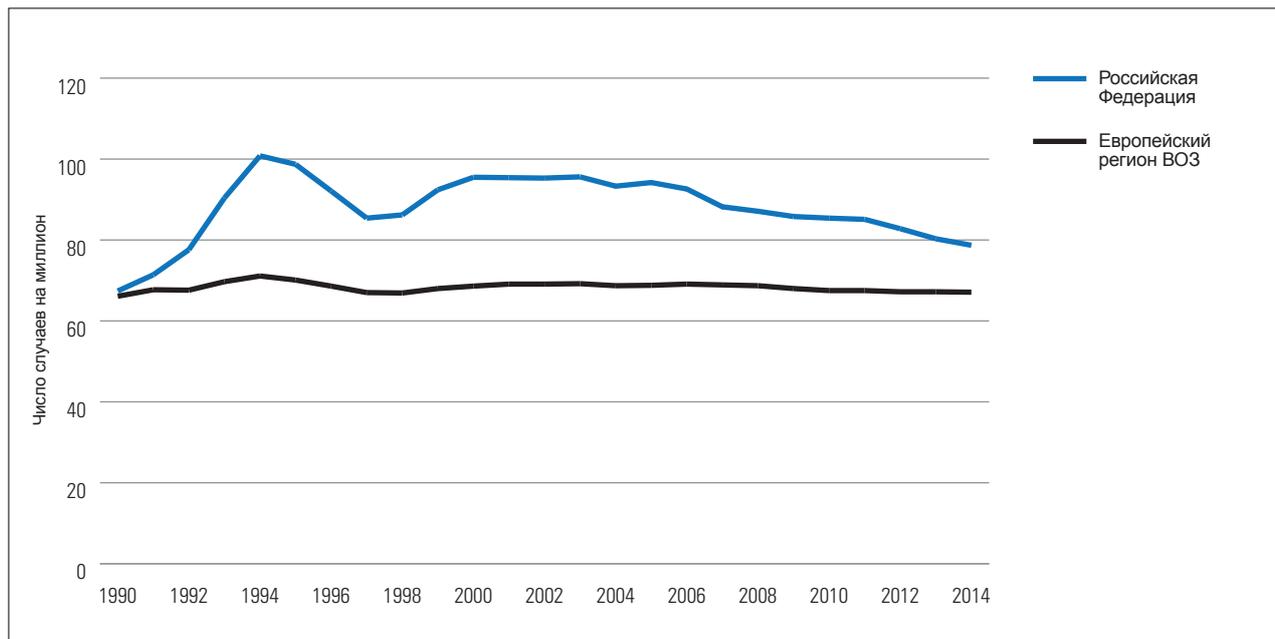


Рис. 34. Тенденции в стандартизированной по возрасту смертности среди взрослого населения вследствие раковых заболеваний, относимых на счет алкоголя, в Албании, Боснии и Герцеговине, Болгарии, Хорватии, Черногории, Сербии и в бывшей югославской Республике Македония, 1990–2014 гг.

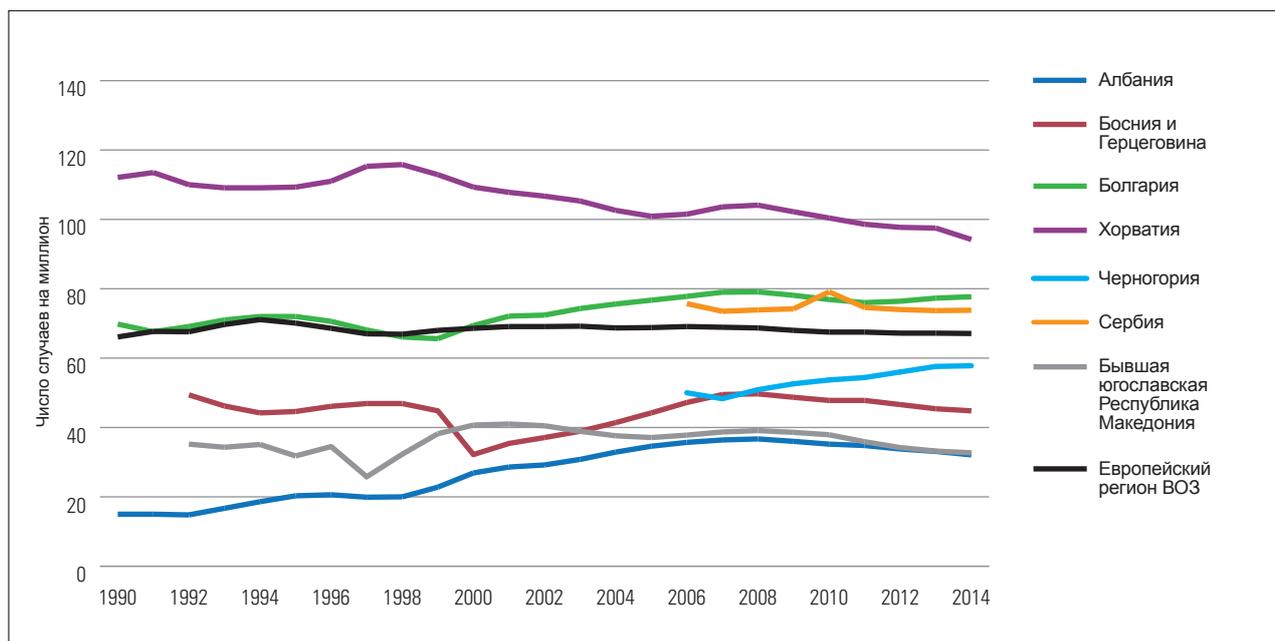
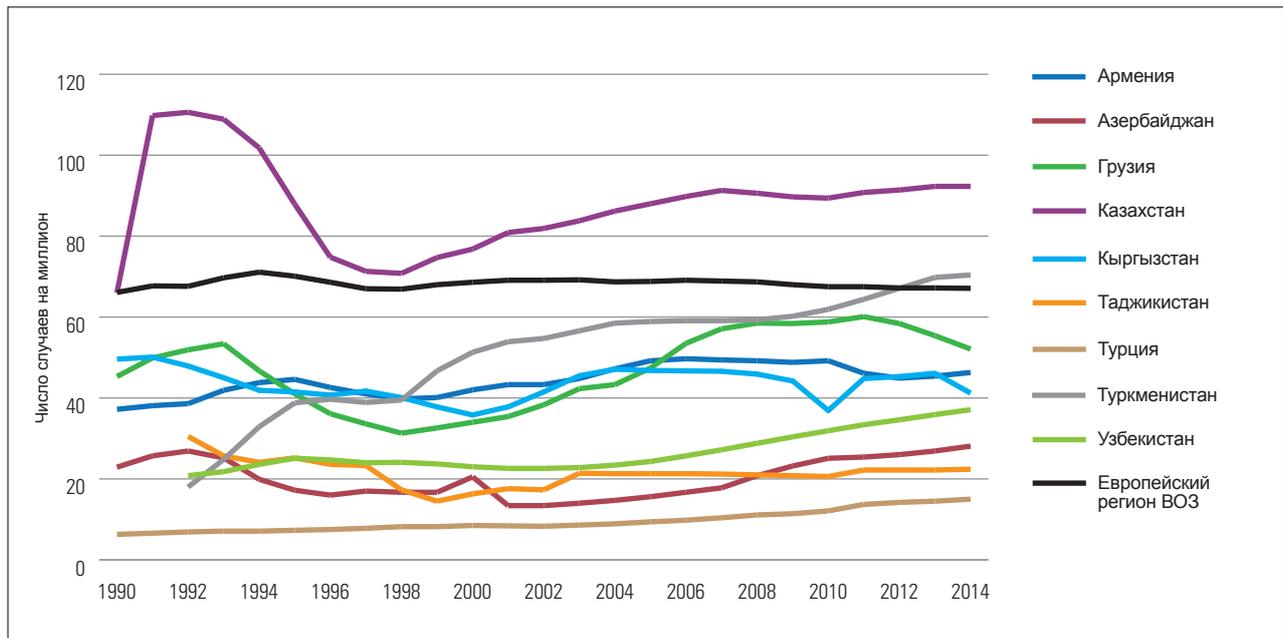


Рис. 35. Тенденции в стандартизированной по возрасту смертности среди взрослого населения вследствие раковых заболеваний, относимых на счет алкоголя, в Армении, Азербайджане, Грузии, Казахстане, Кыргызстане, Таджикистане, Туркменистане, Турции и Узбекистане, 1990–2014 гг.



БРЕМЯ СМЕРТНОСТИ, ОБУСЛОВЛЕННОЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, ОТНОСИМЫМИ НА СЧЕТ АЛКОГОЛЯ

На рис. 36–44 показано бремя смертности, обусловленное сердечно-сосудистыми заболеваниями, относимыми на счет алкоголя, в разных кластерах стран. В принципе показана дихотомическая картина: Российская Федерация и несколько окружающих ее стран (Беларусь, Казахстан, Кыргызстан, Республика Молдова и Украина) находятся по этому показателю намного выше среднего уровня Европейского региона ВОЗ, в то время как большинство других стран находятся заметно ниже этого среднего уровня.

Рис. 36. Тенденции в стандартизированной по возрасту смертности среди взрослого населения вследствие сердечно-сосудистых заболеваний, относимых на счет алкоголя, в Ирландии и Соединенном Королевстве, 1990–2014 гг.

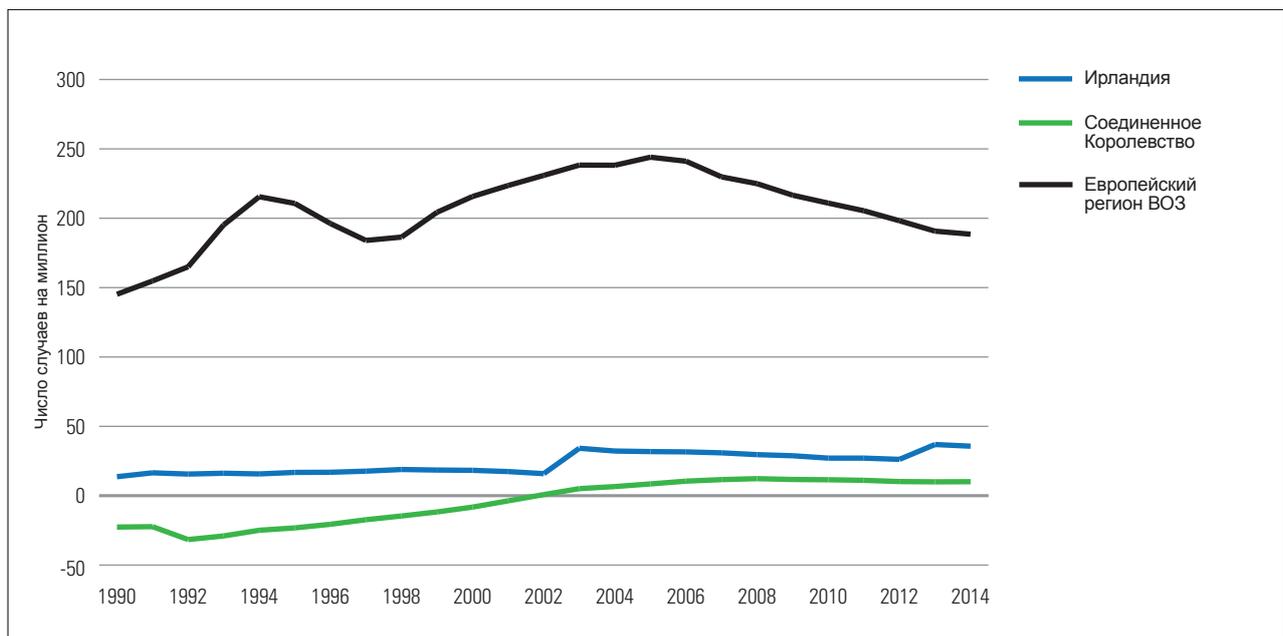


Рис. 37. Тенденции в стандартизированной по возрасту смертности среди взрослого населения вследствие сердечно-сосудистых заболеваний, относимых на счет алкоголя, в Австрии, Бельгии, Дании, Франции, Германии, Нидерландах и Швейцарии, 1990–2014 гг.

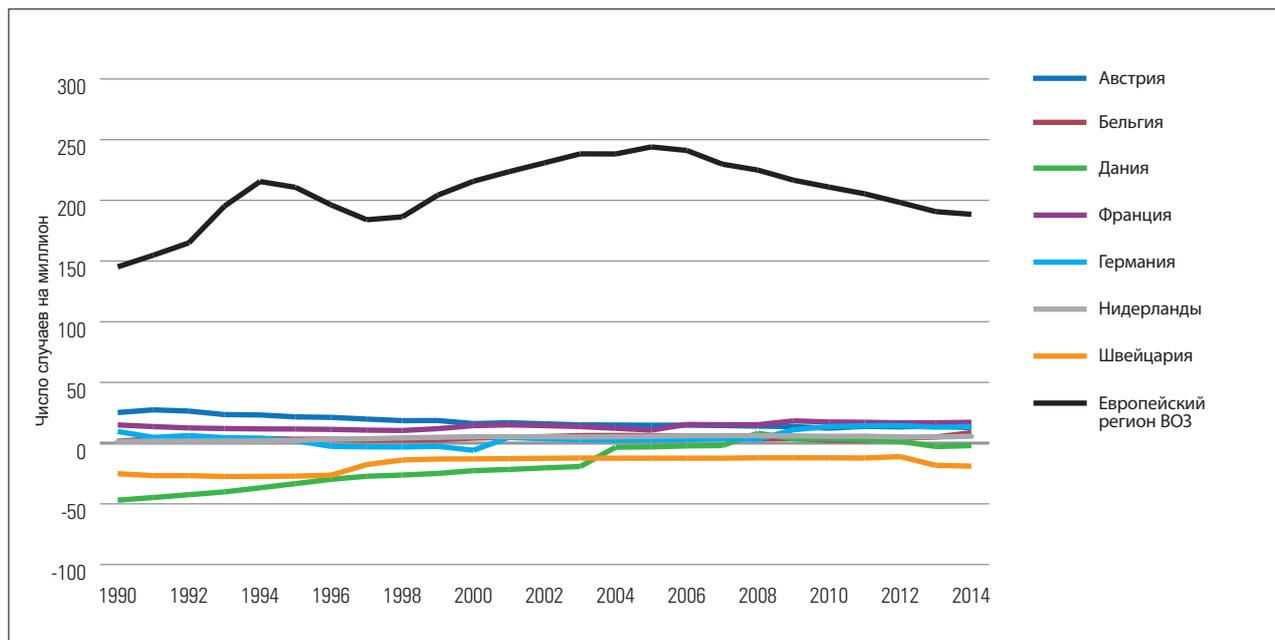


Рис. 38. Тенденции в стандартизированной по возрасту смертности среди взрослого населения вследствие сердечно-сосудистых заболеваний, относимых на счет алкоголя, на Кипре, в Греции, Израиле, Италии, Мальте, Португалии и Испании, 1990–2014 гг.

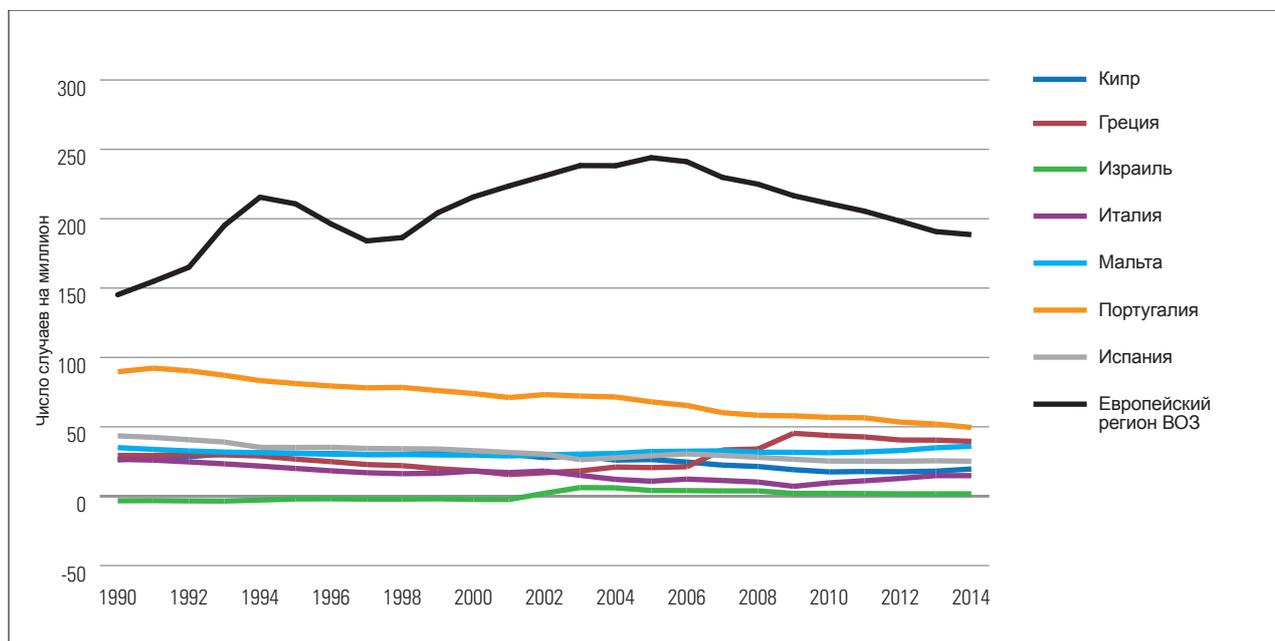


Рис. 39. Тенденции в стандартизированной по возрасту смертности среди взрослого населения вследствие сердечно-сосудистых заболеваний, относимых на счет алкоголя, в Чехии, Венгрии, Польше, Румынии, Словакии и Словении, 1990–2014 гг.

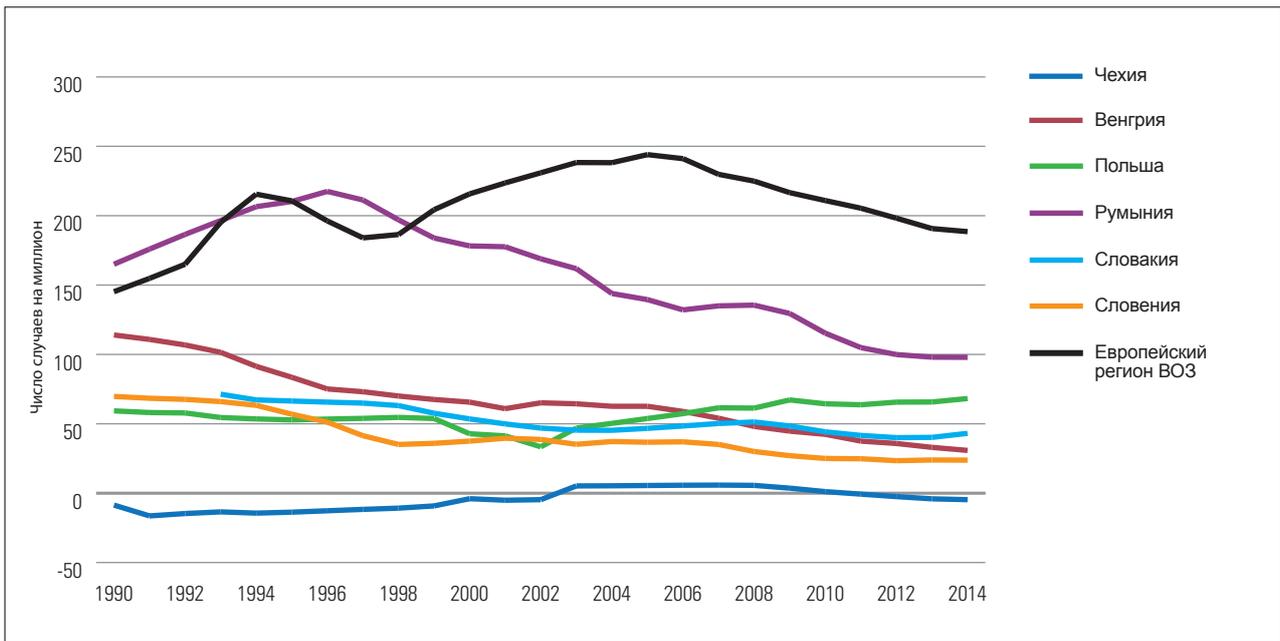


Рис. 40. Тенденции в стандартизированной по возрасту смертности среди взрослого населения вследствие сердечно-сосудистых заболеваний, относимых на счет алкоголя, в Финляндии, Исландии, Норвегии и Швеции, 1990–2014 гг.

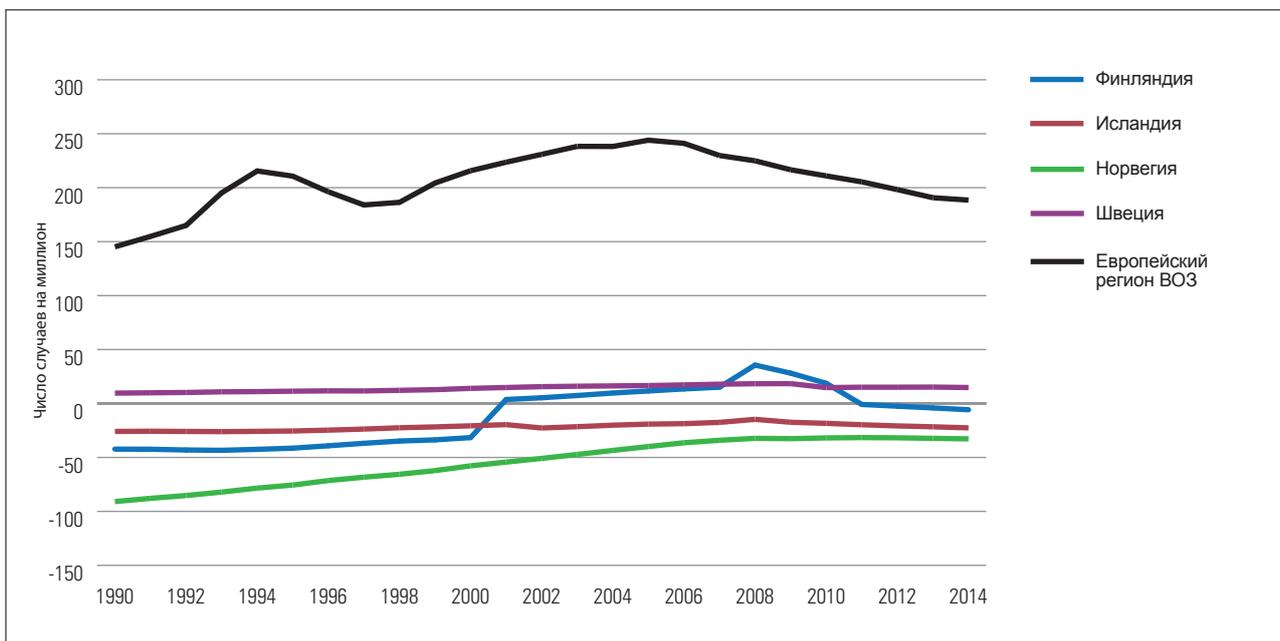


Рис. 41. Тенденции в стандартизированной по возрасту смертности среди взрослого населения вследствие сердечно-сосудистых заболеваний, относимых на счет алкоголя, в Беларуси, Эстонии, Латвии, Литве, Республике Молдова и Украине, 1990–2014 гг.

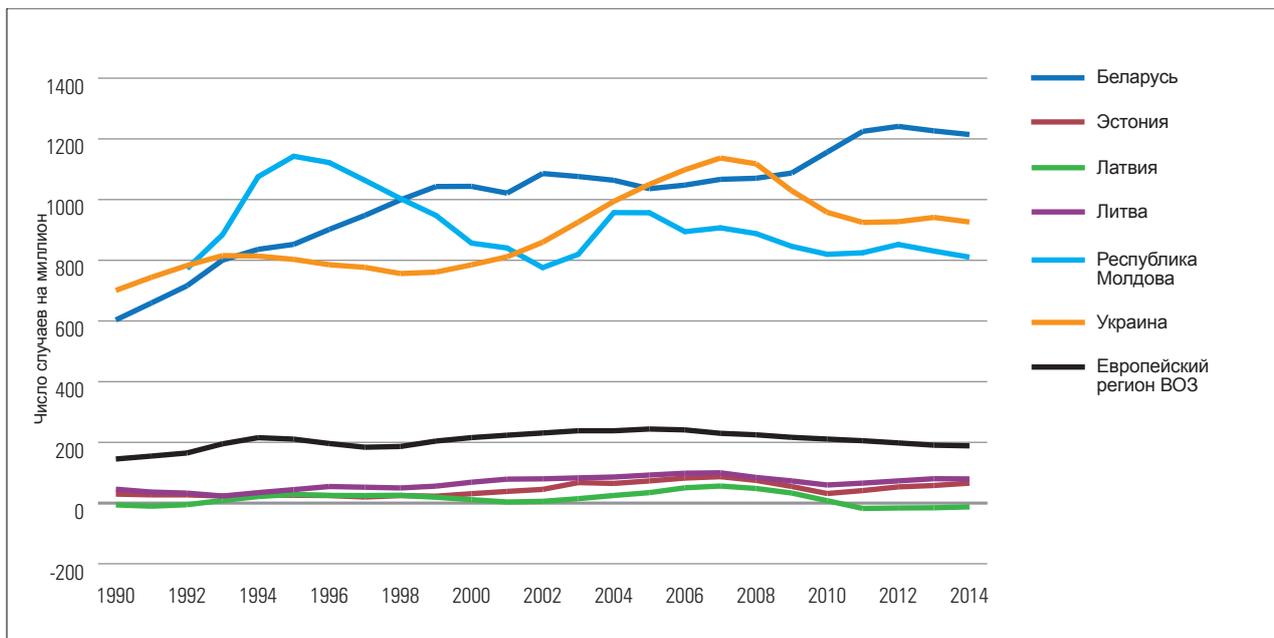


Рис. 42. Тенденции в стандартизированной по возрасту смертности среди взрослого населения вследствие сердечно-сосудистых заболеваний, относимых на счет алкоголя, в Российской Федерации, 1990–2014 гг.

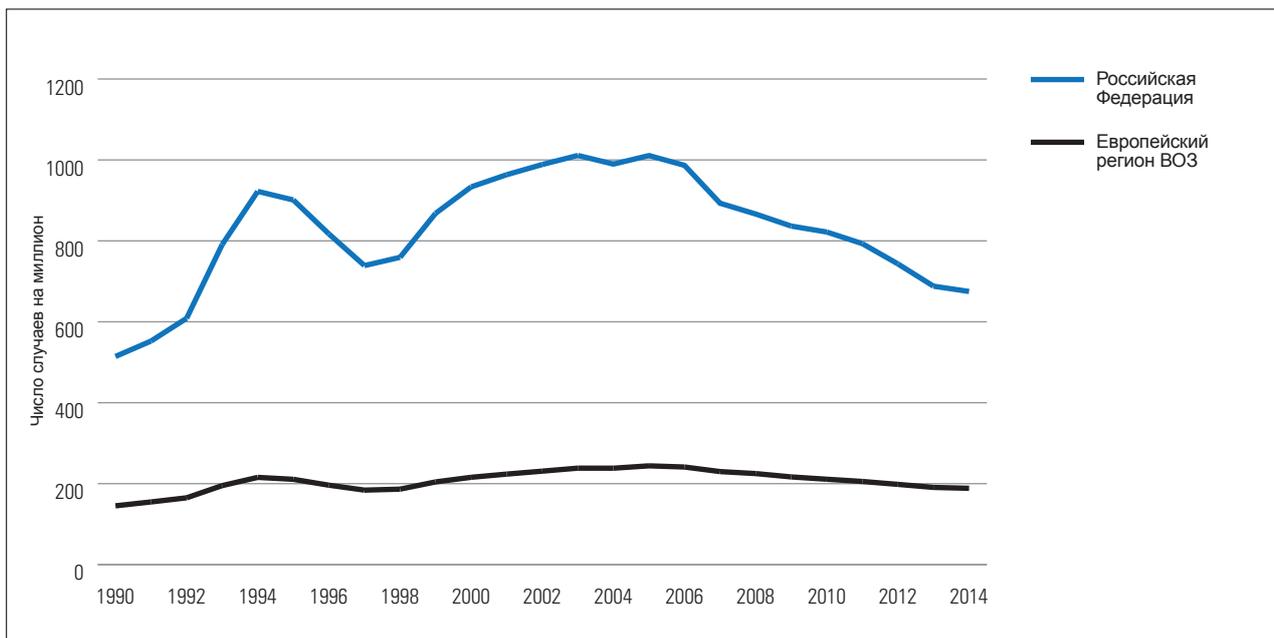


Рис. 43. Тенденции в стандартизированной по возрасту смертности среди взрослого населения вследствие сердечно-сосудистых заболеваний, относимых на счет алкоголя, в Албании, Боснии и Герцеговине, Болгарии, Хорватии, Черногории, Сербии и в бывшей югославской Республике Македония, 1990–2014 гг.

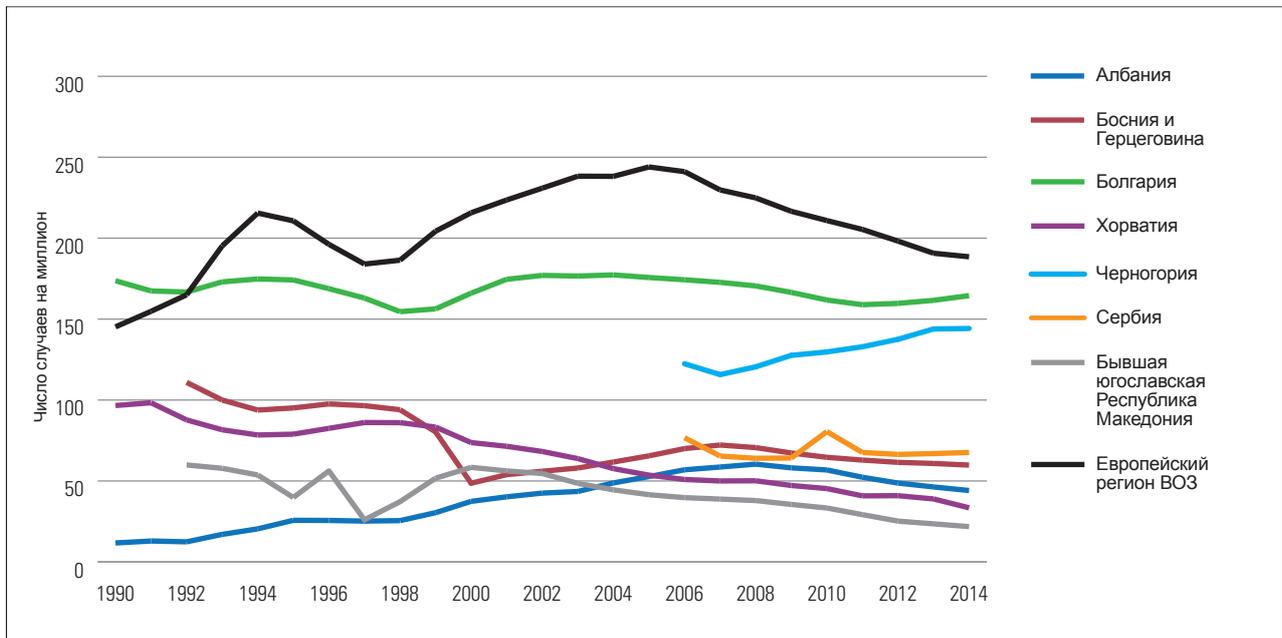
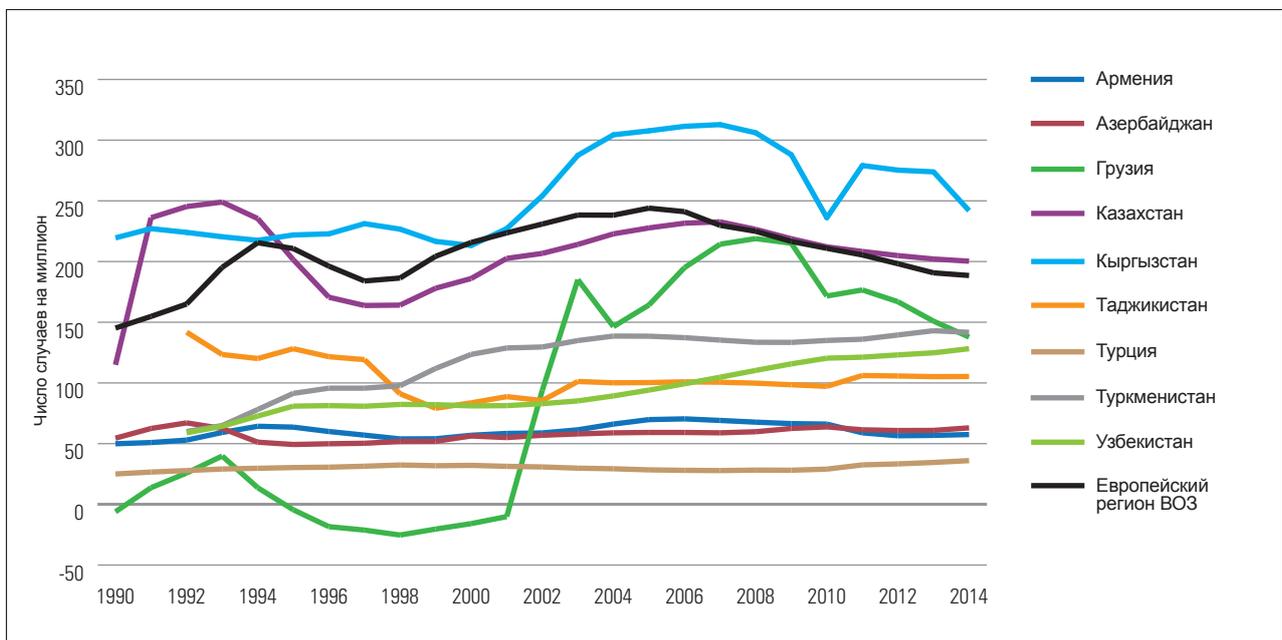


Рис. 44. Тенденции в стандартизированной по возрасту смертности среди взрослого населения вследствие сердечно-сосудистых заболеваний, относимых на счет алкоголя, в Армении, Азербайджане, Грузии, Казахстане, Кыргызстане, Таджикистане, Туркменистане, Турции и Узбекистане, 1990–2014 гг.

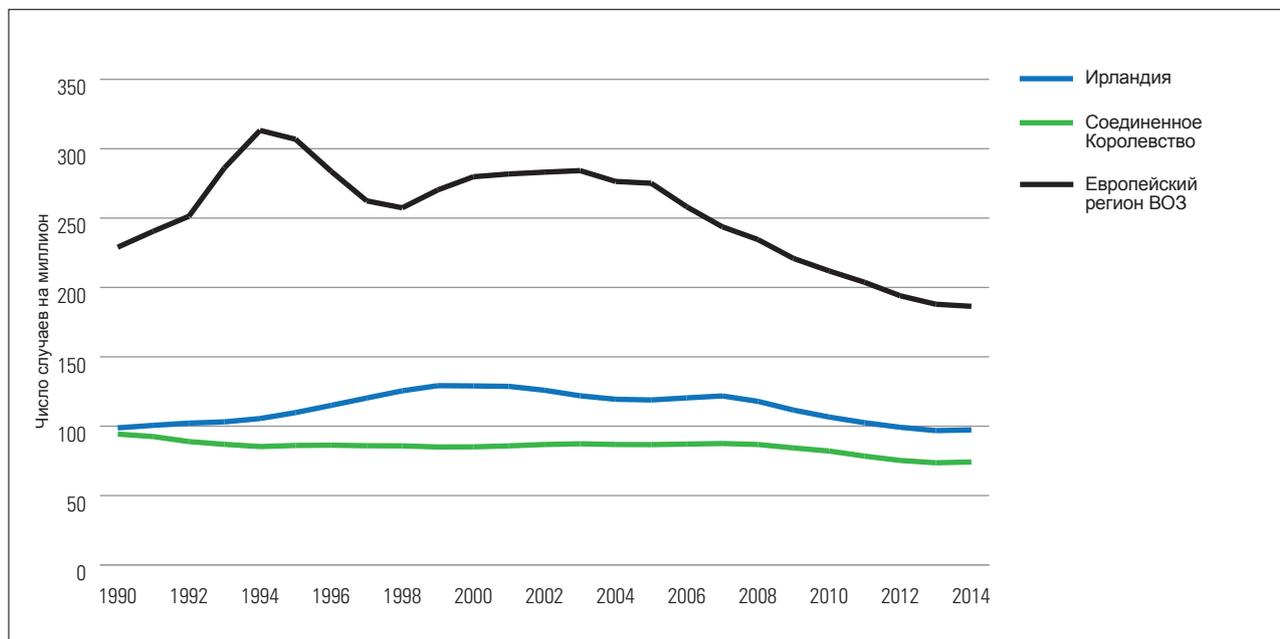


БРЕМЯ СМЕРТНОСТИ, ОБУСЛОВЛЕННОЕ ТРАВМАТИЗМОМ, ОТНОСИМЫМ НА СЧЕТ АЛКОГОЛЯ

В течение последних десятилетий бремя смертности, обусловленное травматизмом, становилось все меньше как во всем мире, так и в Европе (158). Как показано на рис. 45–53 (все виды травматизма), на рис. 54–62 (преднамеренный травматизм) и на рис. 63–71 (непреднамеренный травматизм), это относится и к смертности

вследствие травматизма, относимого на счет алкоголя, хотя и в существенно меньшей степени¹⁸ (наблюдается сокращение стандартизованного по возрасту коэффициента смертности от всех видов травм на 25%, от травматизма, относимого на счет алкоголя, – на 19%; от преднамеренного травматизма на 9%, от относимого на счет алкоголя, – на 5%; от непреднамеренного травматизма на 33%, от относимого на счет алкоголя, – на 27%). Кроме того, обращает на себя внимание тот поразительный факт, что в странах с самой высокой смертностью вследствие травматизма, относимого на счет алкоголя, наблюдается меньшее снижение коэффициентов смертности (также см. ниже в отношении регионов), а в некоторых случаях они даже возросли: в Европейском регионе ВОЗ стандартизованный коэффициент смертности от всех видов травматизма, относимого на счет алкоголя, снизился на 19%, но из трех стран с наиболее высокой смертностью такого рода в одной произошел заметный рост (Беларусь, на 41%), в одной незначительное снижение (Российская Федерация, на 5%), а в одной снижение, сопоставимое со средним снижением по Региону (Украина, на 17%). Что касается преднамеренного травматизма, общее снижение показателя составило 5%, но во всех этих трех странах стандартизованный по возрасту коэффициент смертности, обусловленной преднамеренным травматизмом, относимым на счет алкоголя, повысился (в Беларуси на 61%, в Российской Федерации на 10%, в Украине на 1%). Наконец, в непреднамеренном травматизме общее снижение составило 27%, а в Беларуси он увеличился на 27%, тогда как в Российской Федерации и на Украине снизился на 17% и 28%, соответственно.

Рис. 45. Тенденции в стандартизированной по возрасту смертности среди взрослого населения вследствие травматизма, относимого на счет алкоголя, в Ирландии и Соединенном Королевстве, 1990–2014 гг.



¹⁸ Тенденция характеризовалась тем, что сначала происходил рост стандартизированной по возрасту смертности, а снижение произошло потом, в последнее десятилетие.

Рис. 46. Тенденции в стандартизированной по возрасту смертности среди взрослого населения вследствие травматизма, относимого на счет алкоголя, в Австрии, Бельгии, Дании, Франции, Германии, Нидерландах и Швейцарии, 1990–2014 гг.

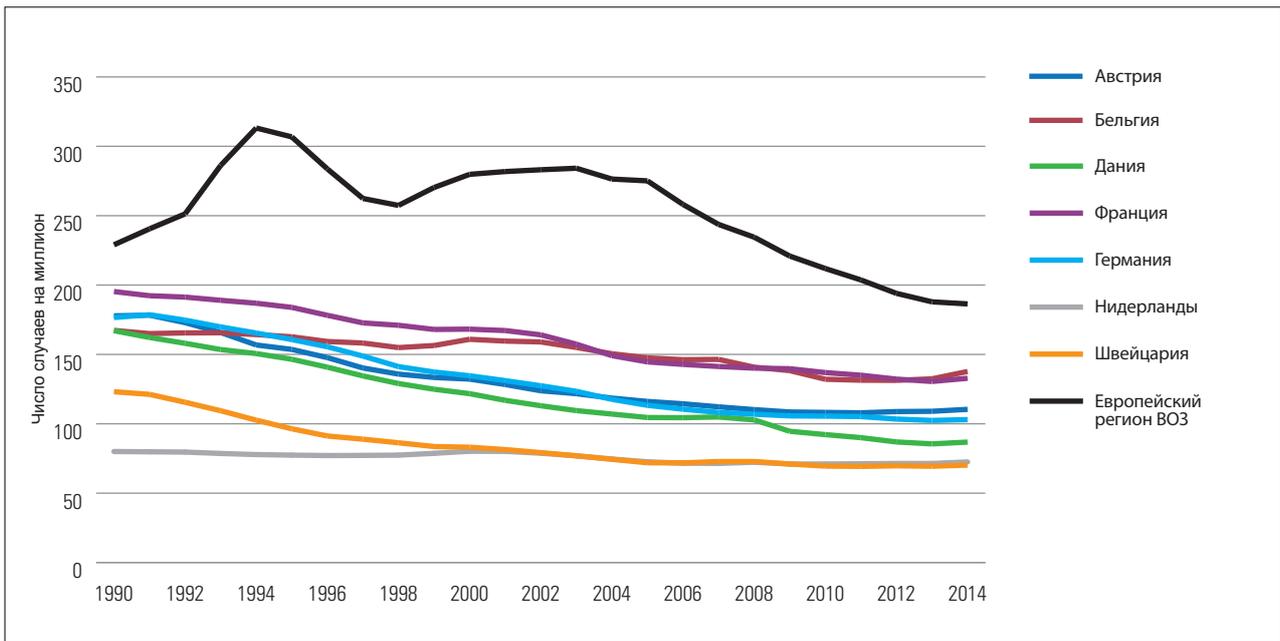


Рис. 47. Тенденции в стандартизированной по возрасту смертности среди взрослого населения вследствие травматизма, относимого на счет алкоголя, на Кипре, в Греции, Израиле, Италии, Мальте, Португалии и Испании, 1990–2014 гг.

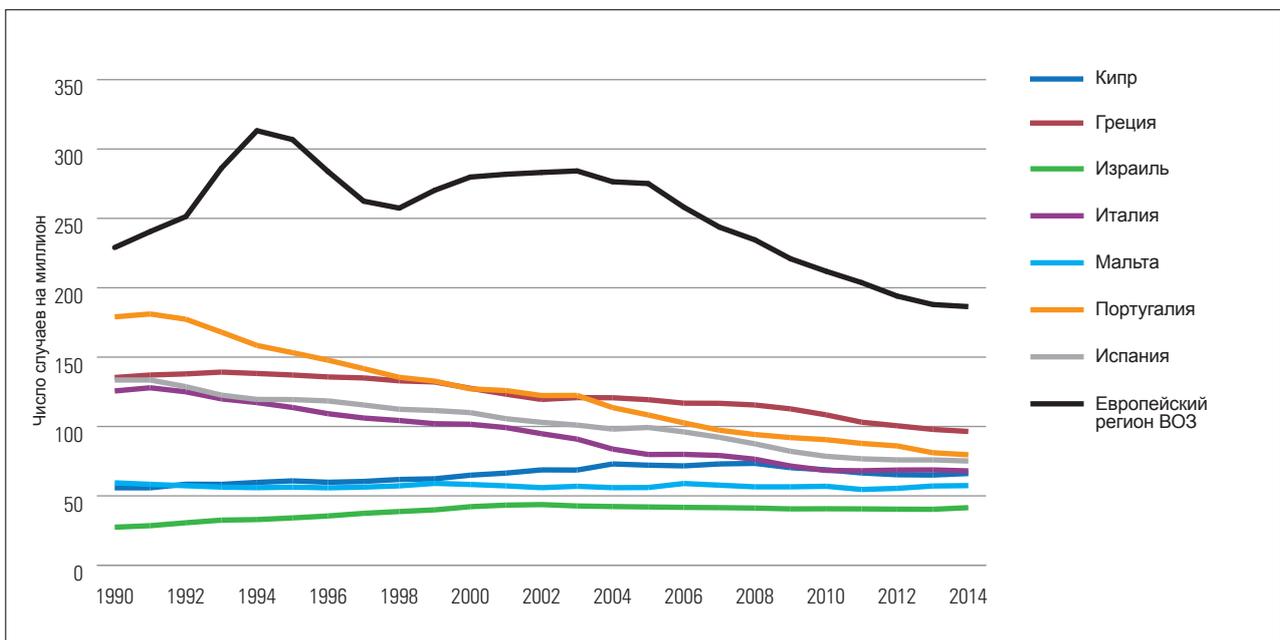


Рис. 48. Тенденции в стандартизированной по возрасту смертности среди взрослого населения вследствие травматизма, относимого на счет алкоголя, в Чехии, Венгрии, Польше, Румынии, Словакии и Словении, 1990–2014 гг.

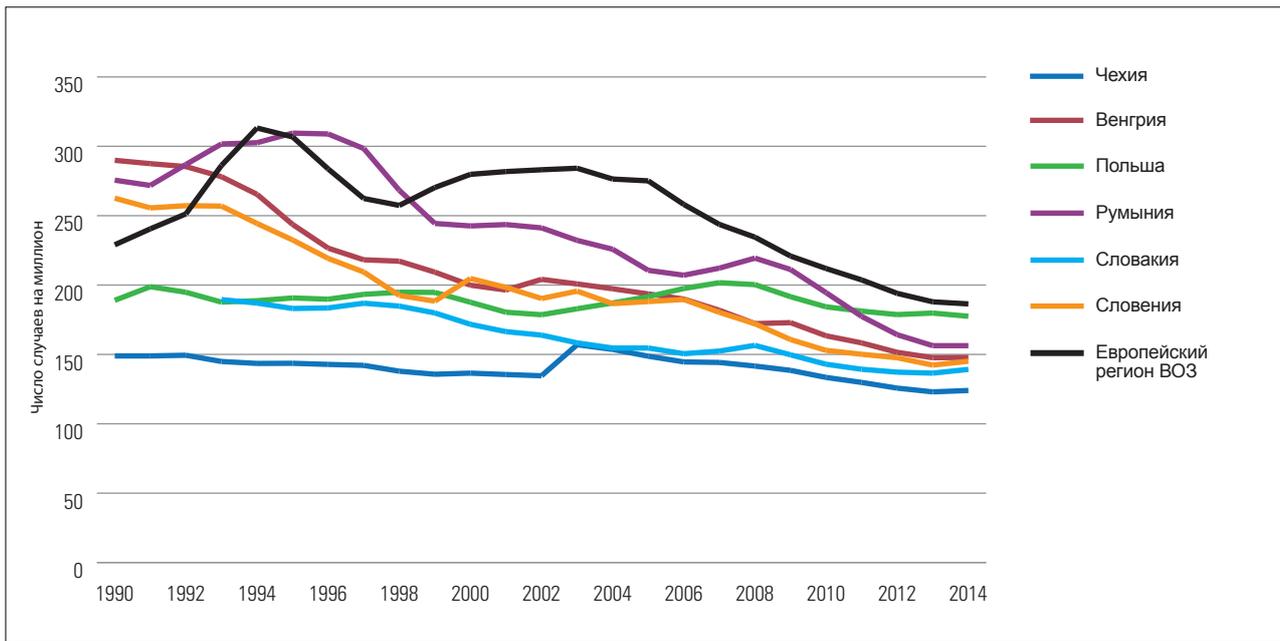


Рис. 49. Тенденции в стандартизированной по возрасту смертности среди взрослого населения вследствие травматизма, относимого на счет алкоголя, в Финляндии, Исландии, Норвегии и Швеции, 1990–2014 гг.

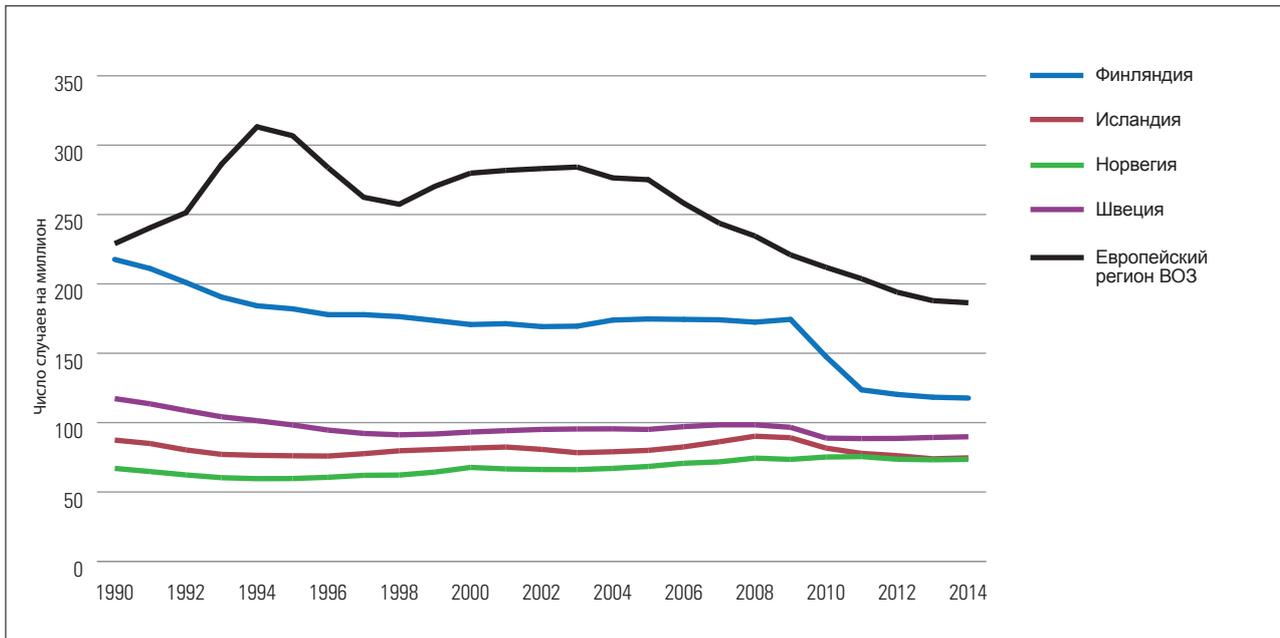


Рис. 50. Тенденции в стандартизированной по возрасту смертности среди взрослого населения вследствие травматизма, относимого на счет алкоголя, в Беларуси, Эстонии, Латвии, Литве, Республике Молдова и Украине, 1990–2014 гг.

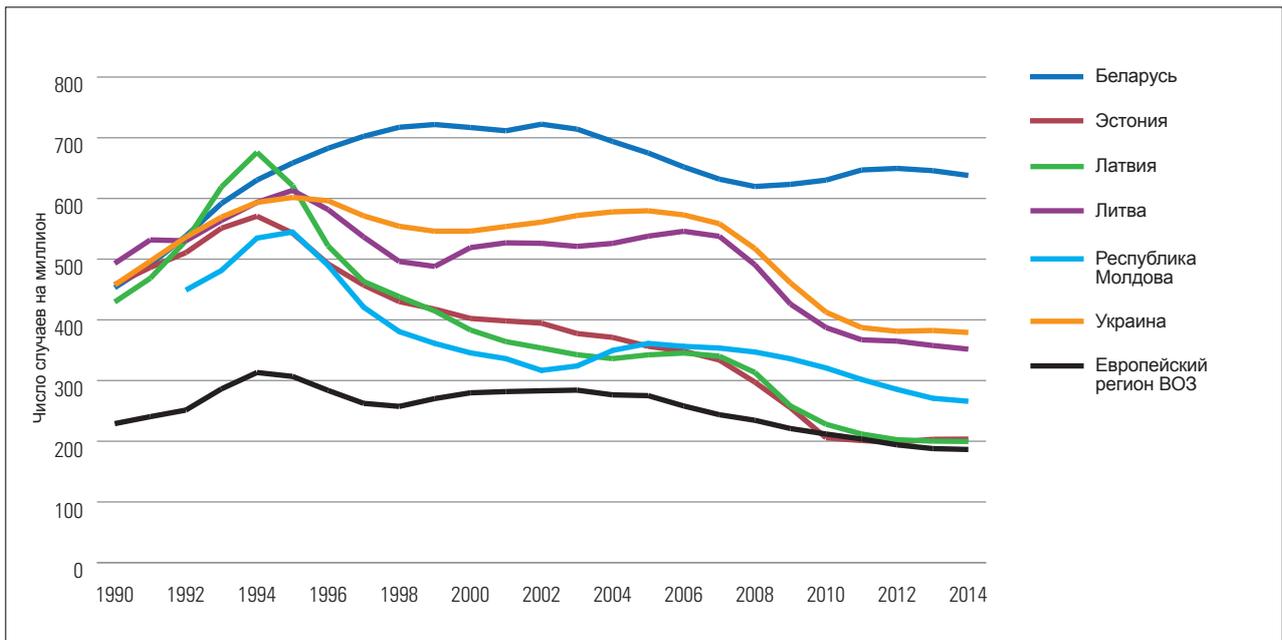


Рис. 51. Тенденции в стандартизированной по возрасту смертности среди взрослого населения вследствие травматизма, относимого на счет алкоголя, в Российской Федерации, 1990–2014 гг.

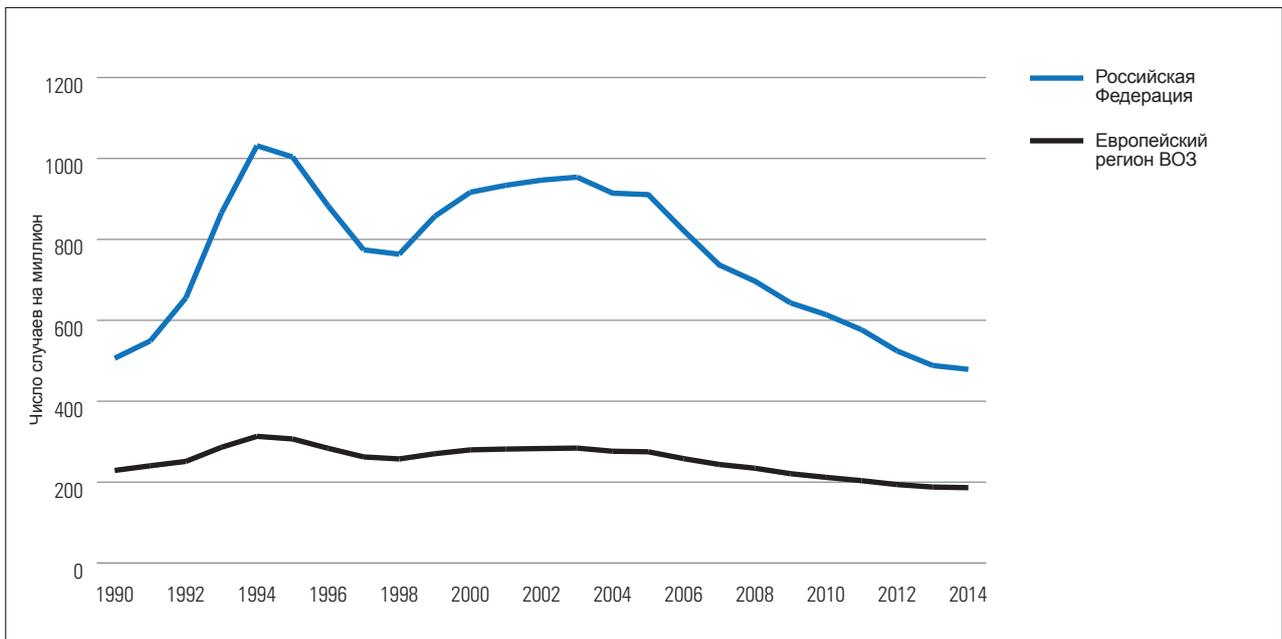


Рис. 52. Тенденции в стандартизированной по возрасту смертности среди взрослого населения вследствие травматизма, относимого на счет алкоголя, в Албании, Боснии и Герцеговине, Болгарии, Хорватии, Черногории, Сербии и в бывшей югославской Республике Македония, 1990–2014 гг.

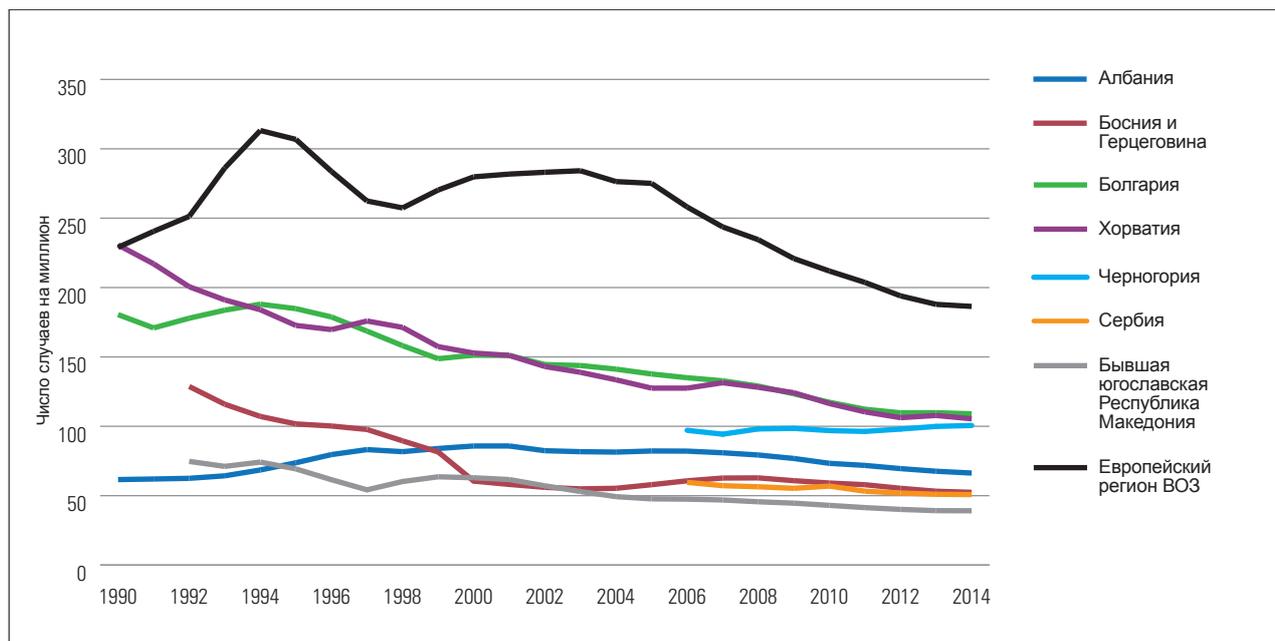
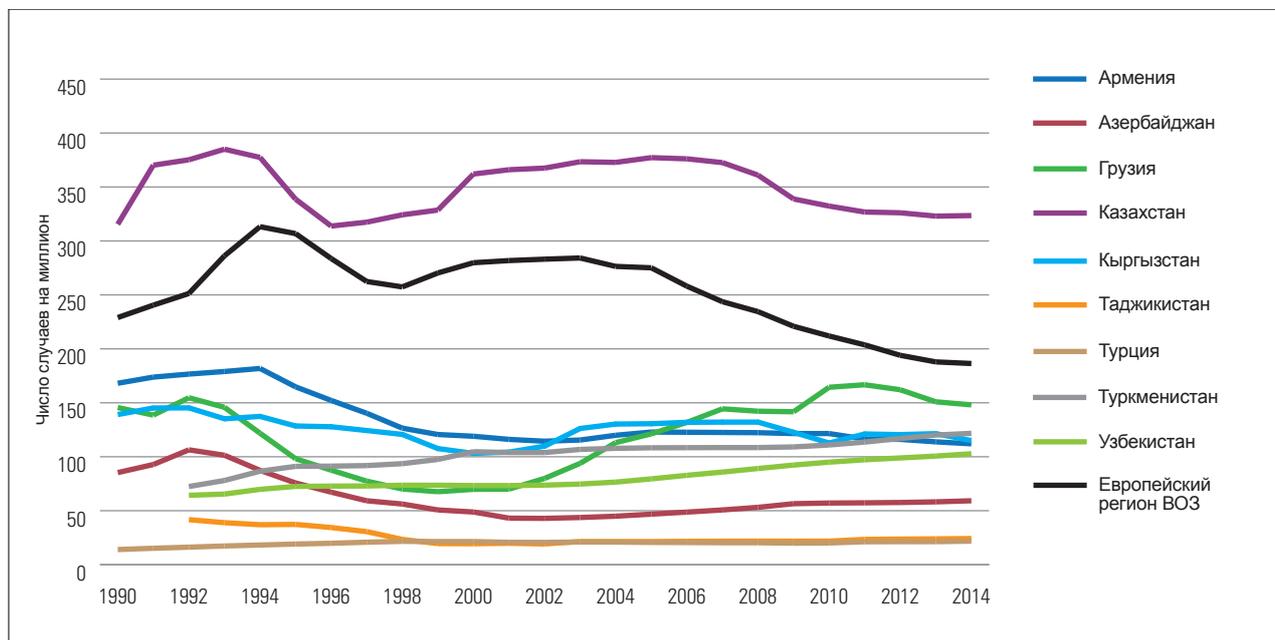


Рис. 53. Тенденции в стандартизированной по возрасту смертности среди взрослого населения вследствие травматизма, относимого на счет алкоголя, в Армении, Азербайджане, Грузии, Казахстане, Кыргызстане, Таджикистане, Туркменистане, Турции и Узбекистане, 1990-2014 гг.



БРЕМЯ СМЕРТНОСТИ, ОБУСЛОВЛЕННОЕ НЕПРЕДНАМЕРЕННЫМ ТРАВМАТИЗМОМ, ОТНОСИМЫМ НА СЧЕТ АЛКОГОЛЯ

Рис. 54. Тенденции в стандартизированной по возрасту смертности среди взрослого населения, обусловленной непреднамеренным травматизмом, относимым на счет алкоголя, в Ирландии и Соединенном Королевстве, 1990–2014 гг.

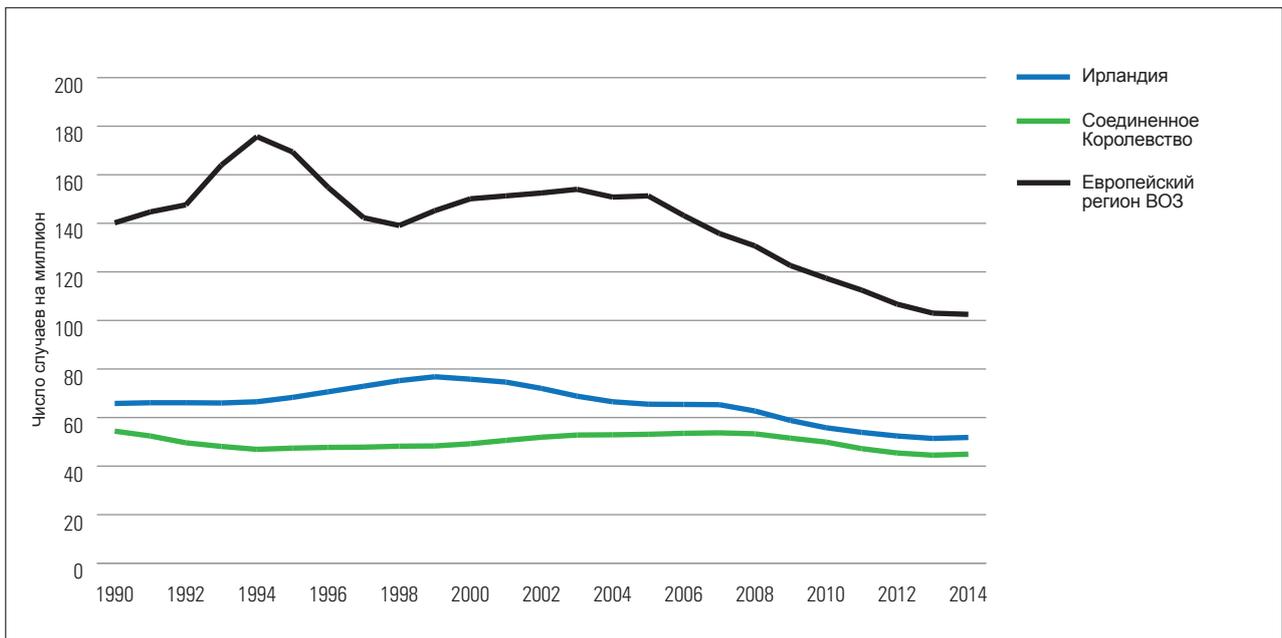


Рис. 55. Тенденции в стандартизированной по возрасту смертности среди взрослого населения, обусловленной непреднамеренным травматизмом, относимым на счет алкоголя, в Австрии, Бельгии, Дании, Франции, Германии, Нидерландах и Швейцарии, 1990–2014 гг.

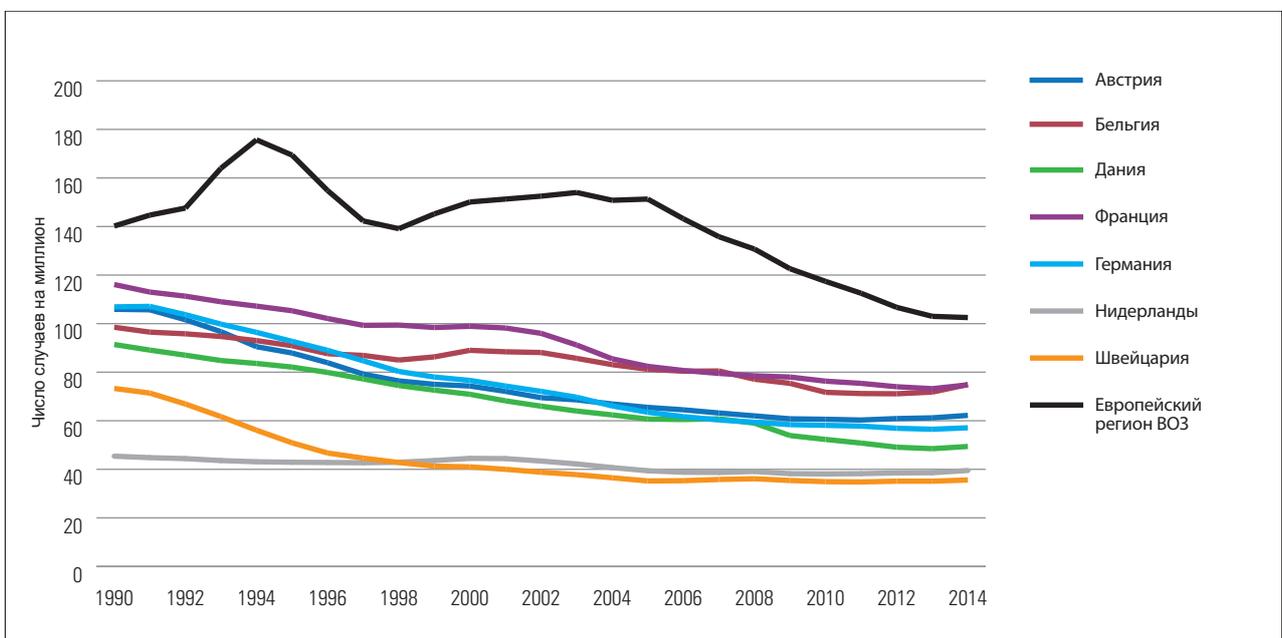


Рис. 56. Тенденции в стандартизированной по возрасту смертности среди взрослого населения, обусловленной непреднамеренным травматизмом, относимым на счет алкоголя, на Кипре, в Греции, Израиле, Италии, Мальте, Португалии и Испании, 1990–2014 гг.

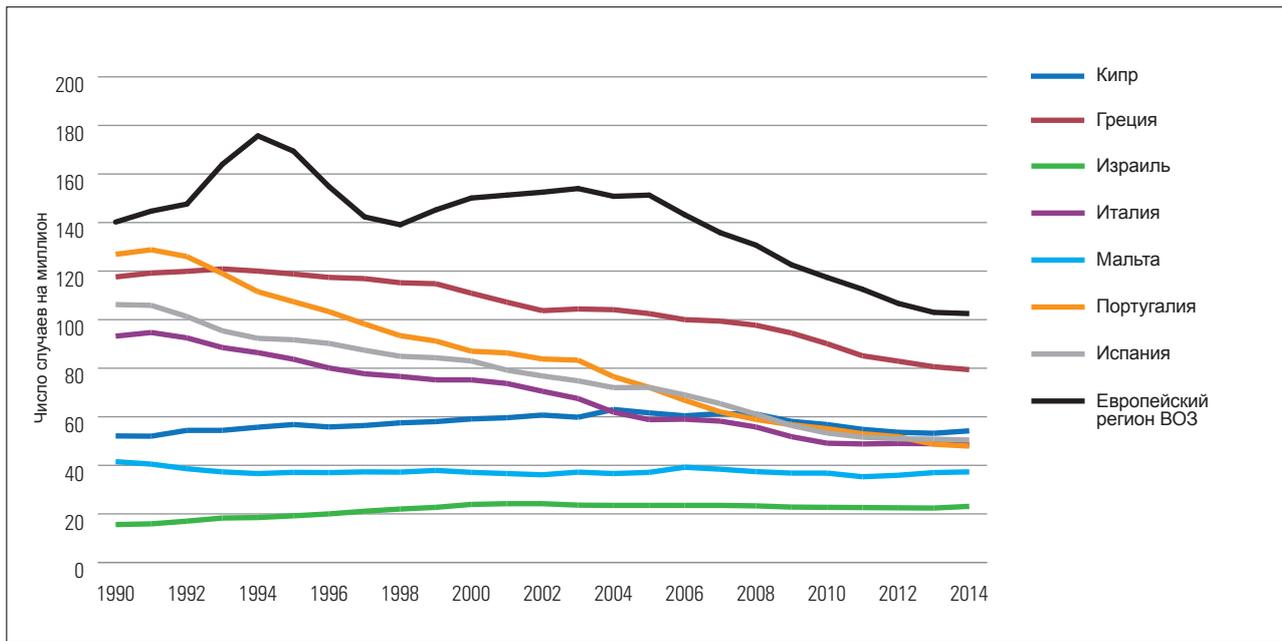


Рис. 57. Тенденции в стандартизированной по возрасту смертности среди взрослого населения, обусловленной непреднамеренным травматизмом, относимым на счет алкоголя, в Чехии, Венгрии, Польше, Румынии, Словакии и Словении, 1990–2014 гг.

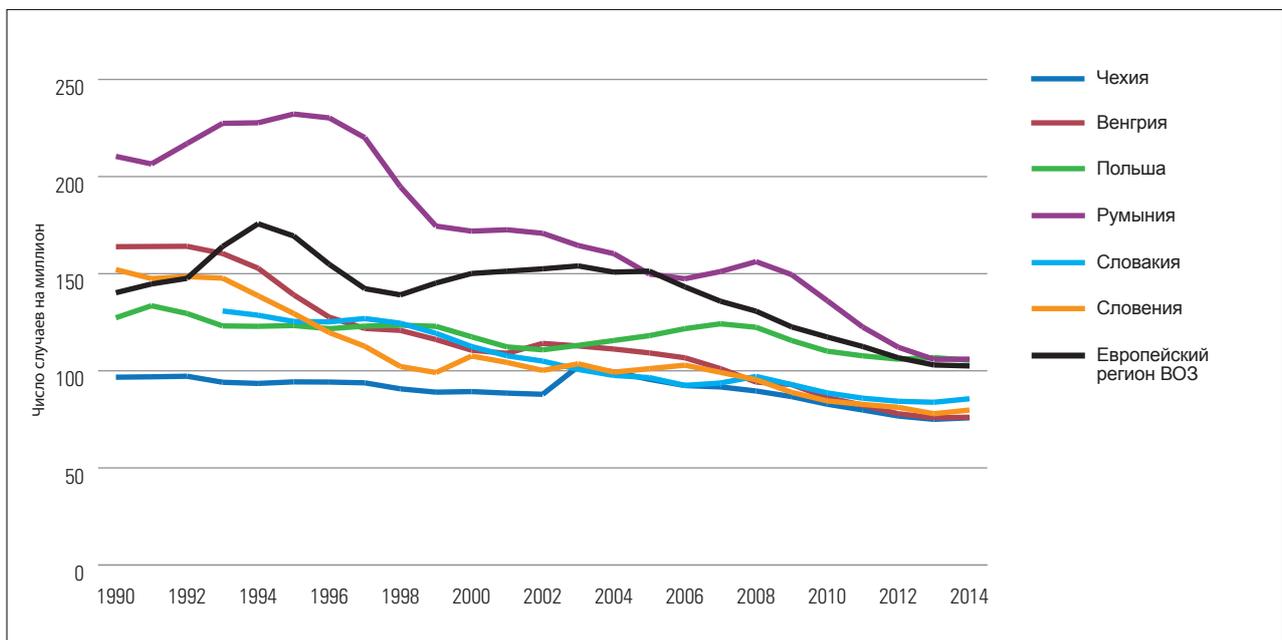


Рис. 58. Тенденции в стандартизированной по возрасту смертности среди взрослого населения, обусловленной непреднамеренным травматизмом, относимым на счет алкоголя, в Финляндии, Исландии, Норвегии и Швеции, 1990–2014 гг.

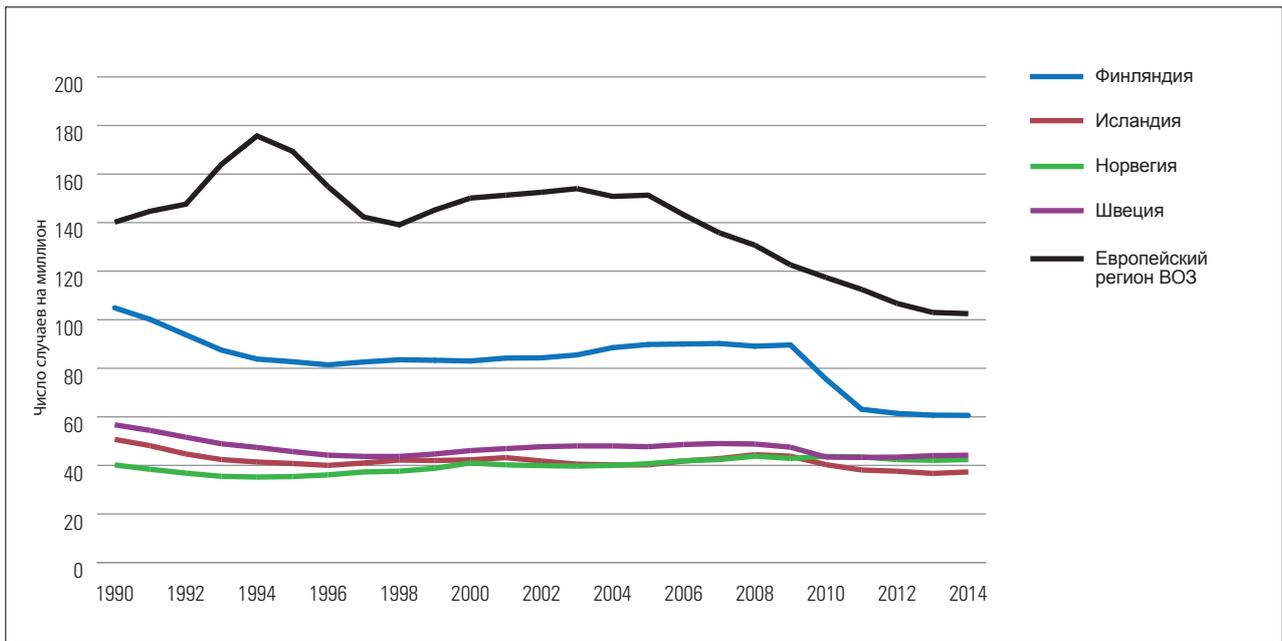


Рис. 59. Тенденции в стандартизированной по возрасту смертности среди взрослого населения, обусловленной непреднамеренным травматизмом, относимым на счет алкоголя, в Беларуси, Эстонии, Латвии, Литве, Республике Молдова и Украине, 1990–2014 гг.

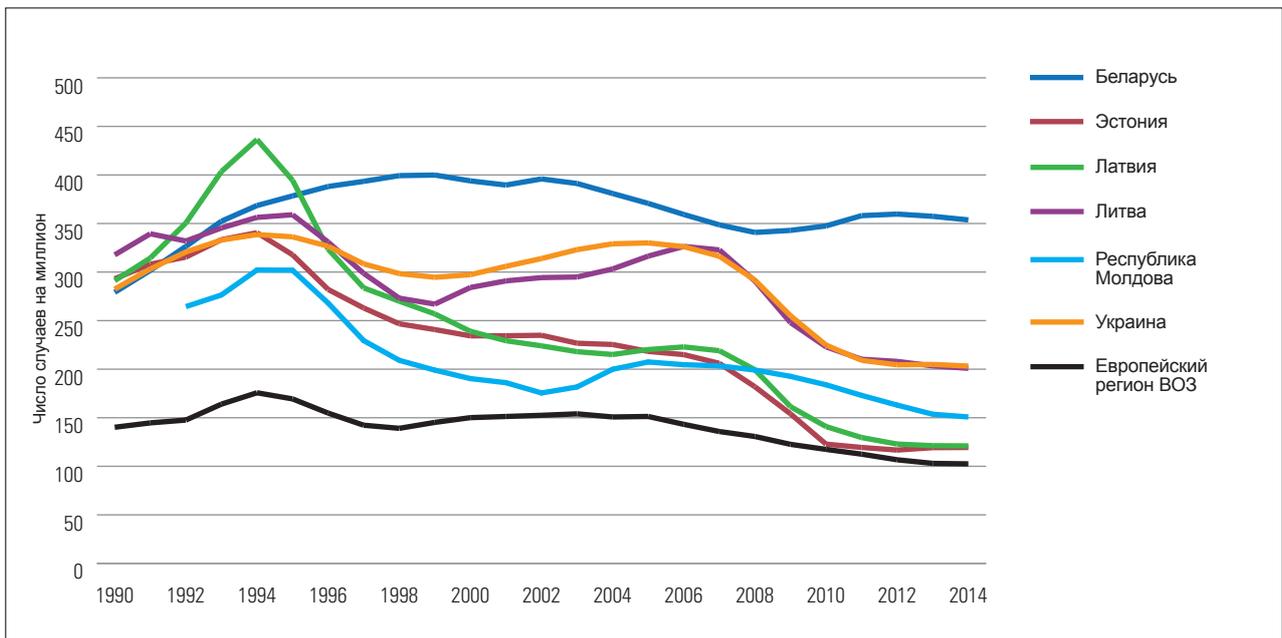


Рис. 60. Тенденции в стандартизированной по возрасту смертности среди взрослого населения, обусловленной непреднамеренным травматизмом, относимым на счет алкоголя, в Российской Федерации, 1990–2014 гг.

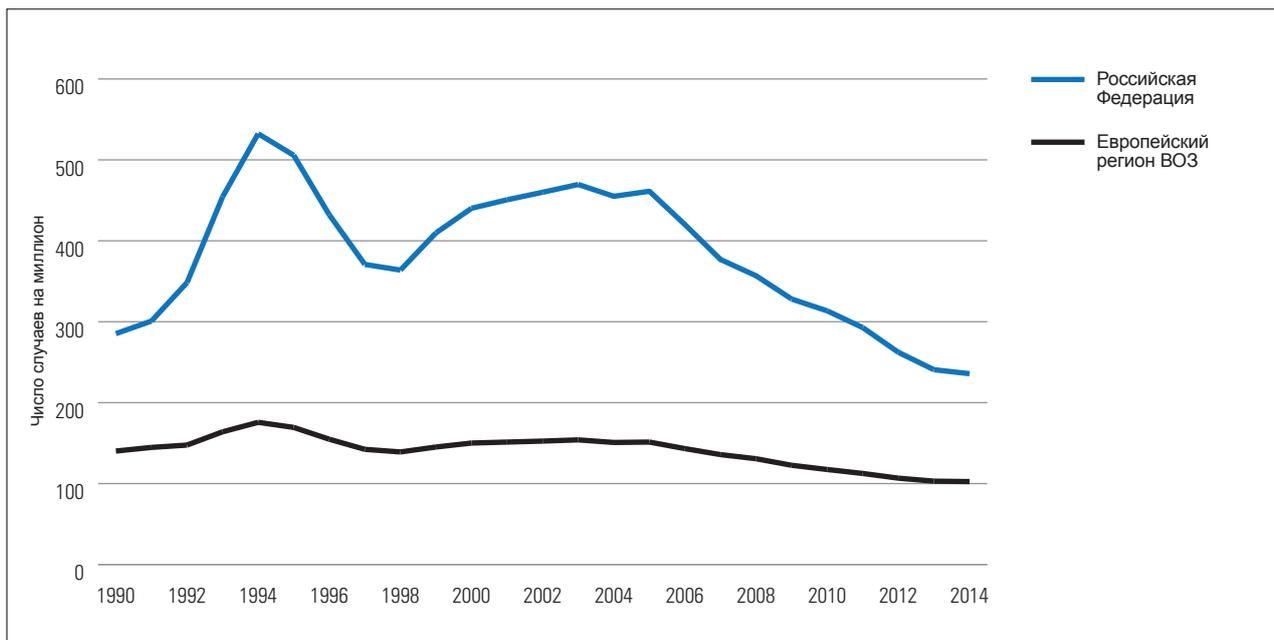


Рис. 61. Тенденции в стандартизированной по возрасту смертности среди взрослого населения, обусловленной непреднамеренным травматизмом, относимым на счет алкоголя, в Албании, Боснии и Герцеговине, Болгарии, Хорватии, Черногории, Сербии и в бывшей югославской Республике Македония, 1990–2014 гг.

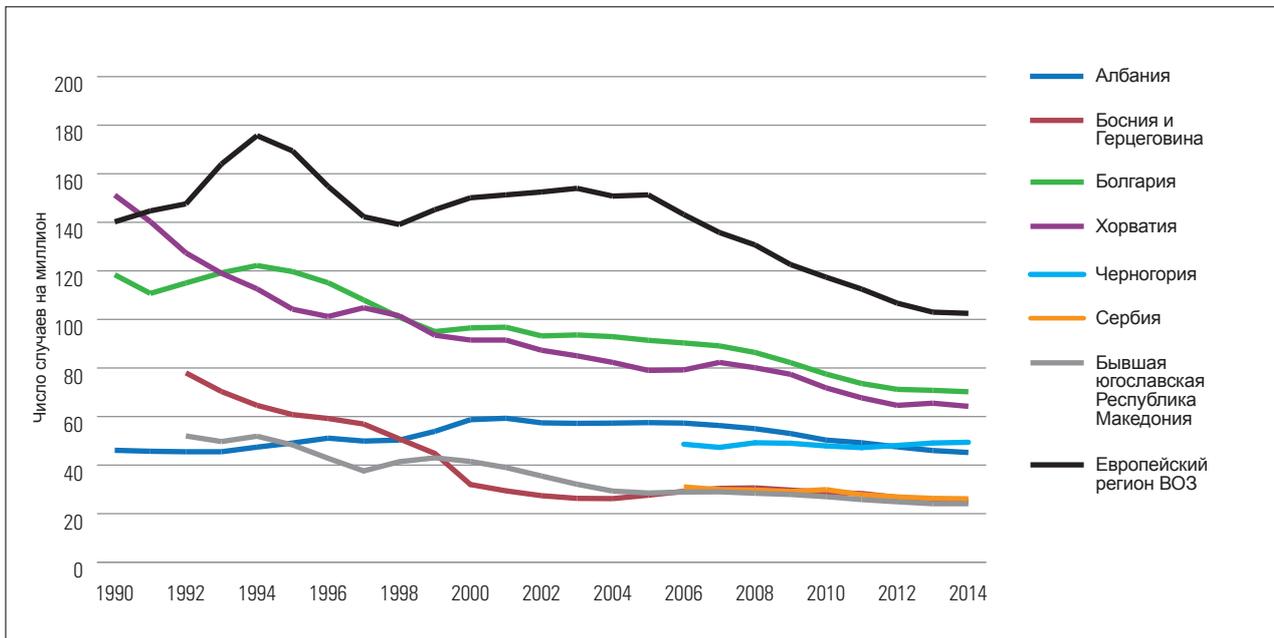
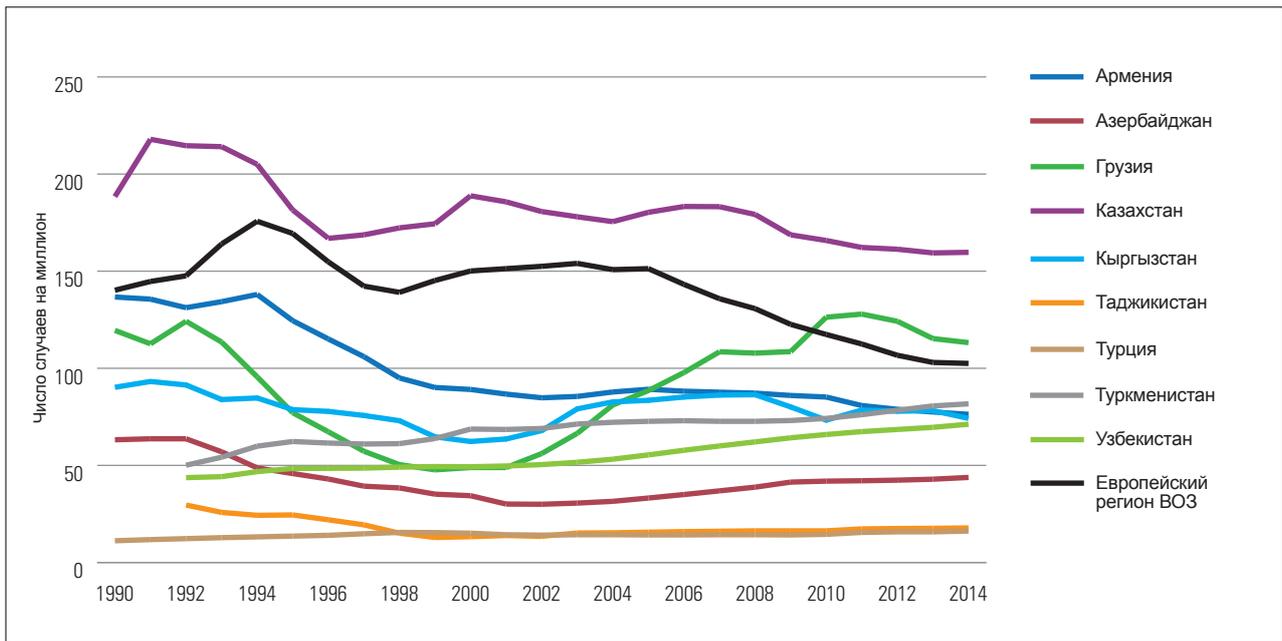


Рис. 62. Тенденции в стандартизированной по возрасту смертности среди взрослого населения, обусловленной непреднамеренным травматизмом, относимым на счет алкоголя, в Армении, Азербайджане, Грузии, Казахстане, Кыргызстане, Таджикистане, Турции, Туркменистане и Узбекистане, 1990–2014 гг.



БРЕМЯ СМЕРТНОСТИ, ОБУСЛОВЛЕННОЕ ПРЕДНАМЕРЕННЫМ ТРАВМАТИЗМОМ, ОТНОСИМЫМ НА СЧЕТ АЛКОГОЛЯ

Рис. 63. Тенденции в стандартизированной по возрасту смертности среди взрослого населения, обусловленной преднамеренным травматизмом, относимым на счет алкоголя, в Ирландии и Соединенном Королевстве, 1990–2014 гг.

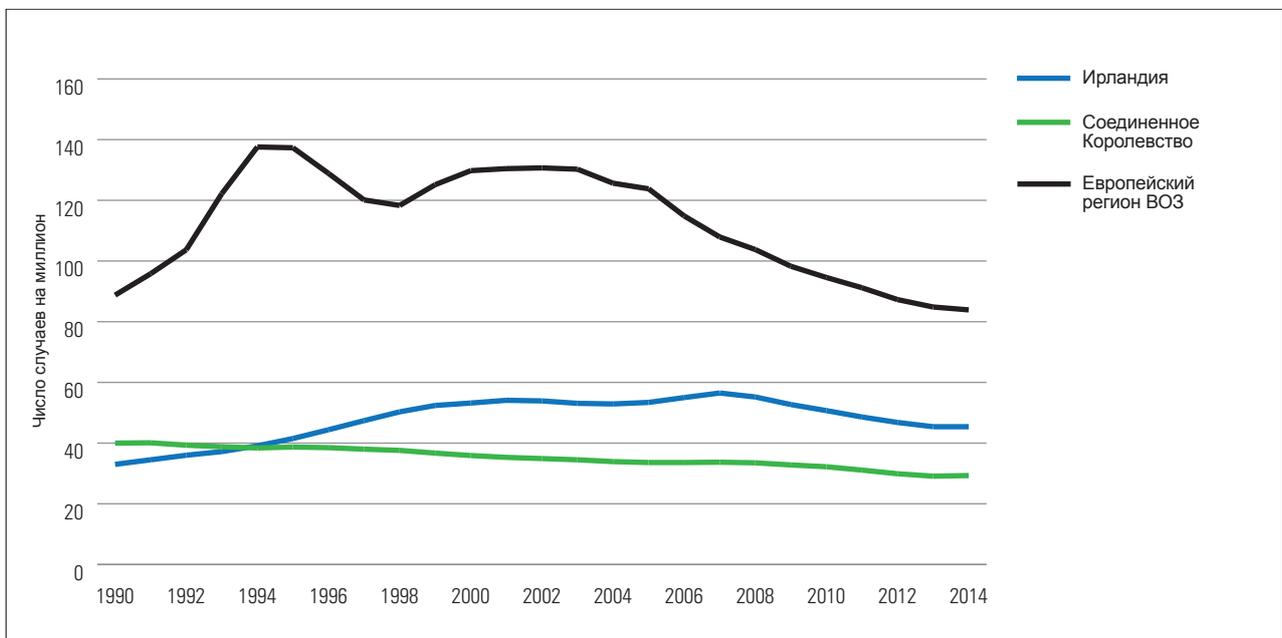


Рис. 64. Тенденции в стандартизированной по возрасту смертности среди взрослого населения, обусловленной преднамеренным травматизмом, относимым на счет алкоголя, в Австрии, Бельгии, Дании, Франции, Германии, Нидерландах и Швейцарии, 1990–2014 гг.

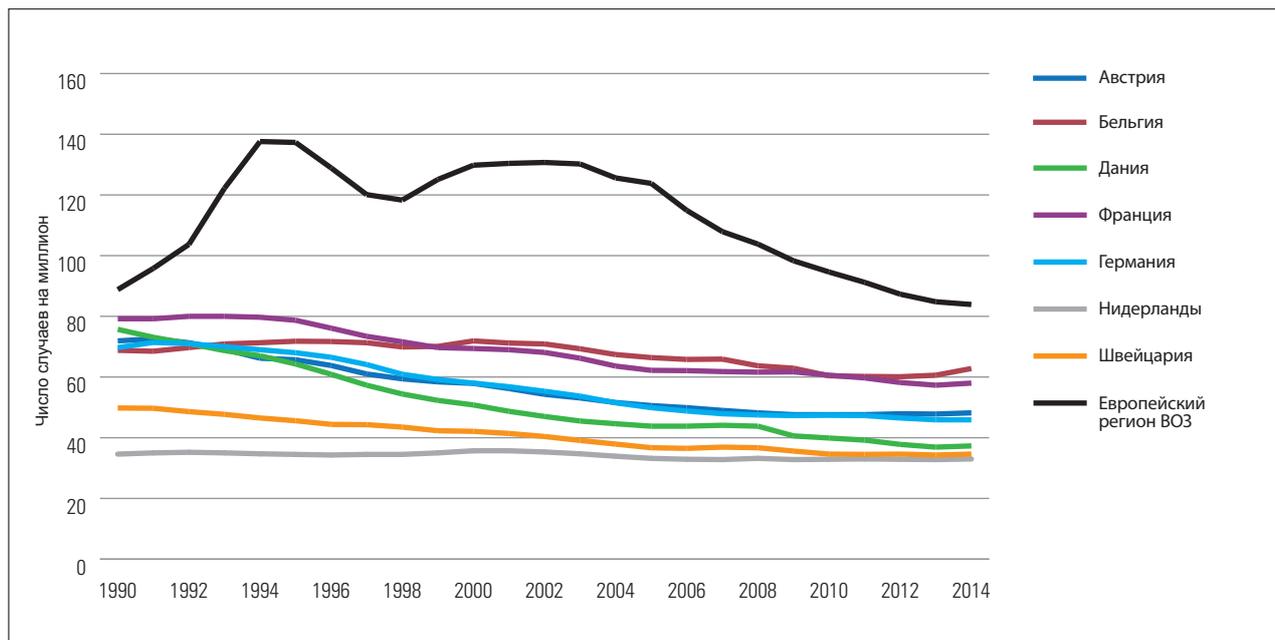


Рис. 65. Тенденции в стандартизированной по возрасту смертности среди взрослого населения, обусловленной преднамеренным травматизмом, относимым на счет алкоголя, на Кипре, в Греции, Израиле, Италии, Мальте, Португалии и Испании, 1990–2014 гг.

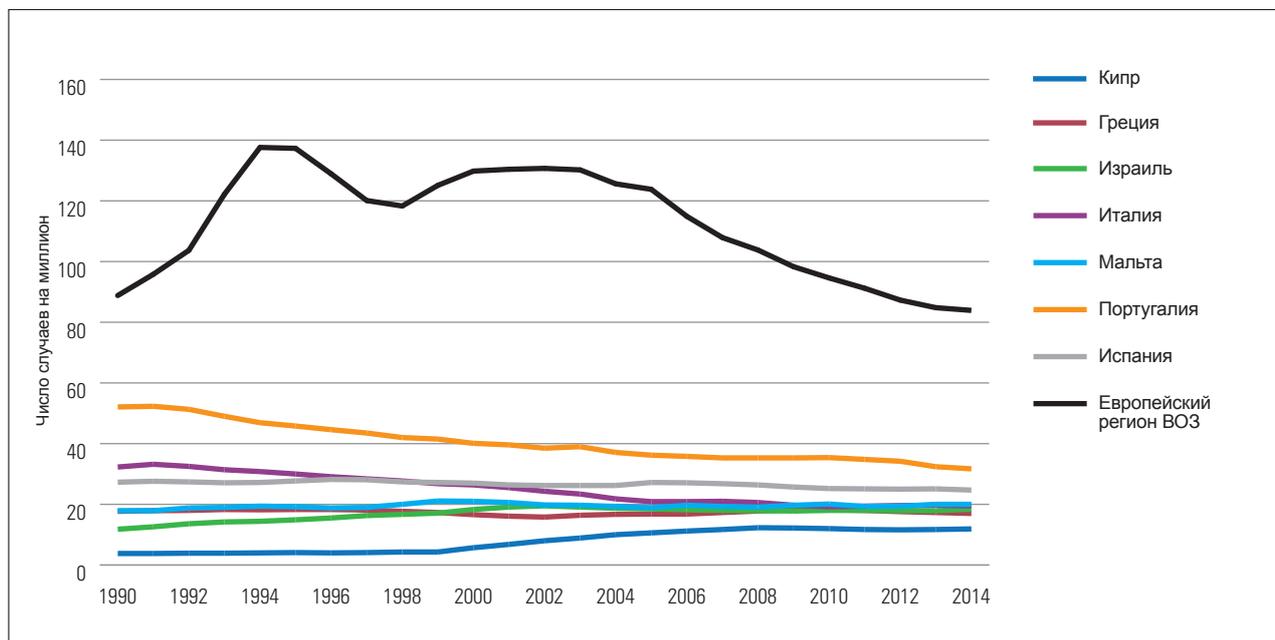


Рис. 66. Тенденции в стандартизированной по возрасту смертности среди взрослого населения, обусловленной преднамеренным травматизмом, относимым на счет алкоголя, в Чехии, Венгрии, Польше, Румынии, Словакии и Словении, 1990–2014 гг.

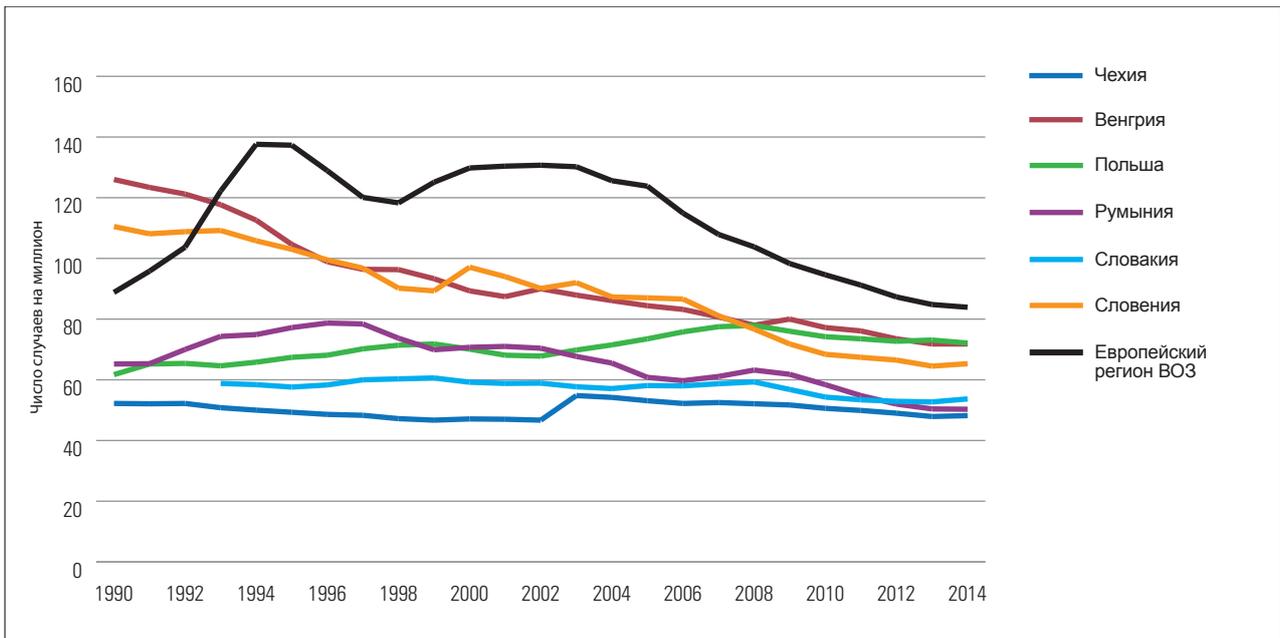


Рис. 67. Тенденции в стандартизированной по возрасту смертности среди взрослого населения, обусловленной преднамеренным травматизмом, относимым на счет алкоголя, в Финляндии, Исландии, Норвегии и Швеции, 1990–2014 гг.

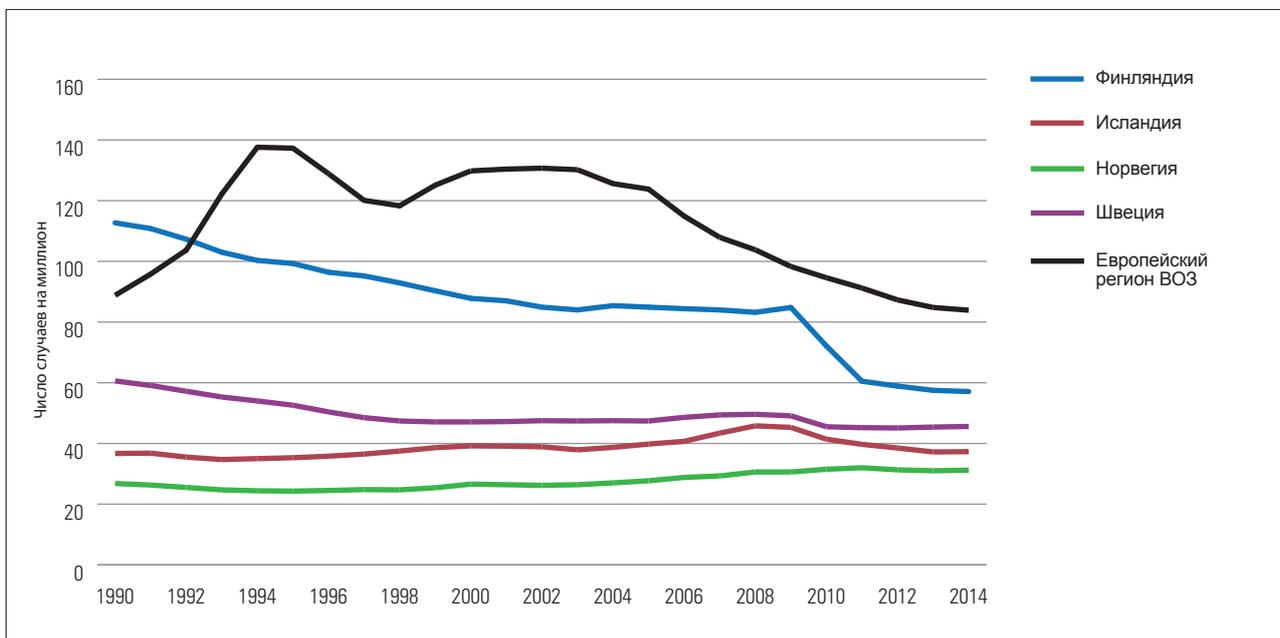


Рис. 68. Тенденции в стандартизированной по возрасту смертности среди взрослого населения, обусловленной преднамеренным травматизмом, относимым на счет алкоголя, в Беларуси, Эстонии, Латвии, Литве, Республике Молдова и Украине, 1990–2014 гг.

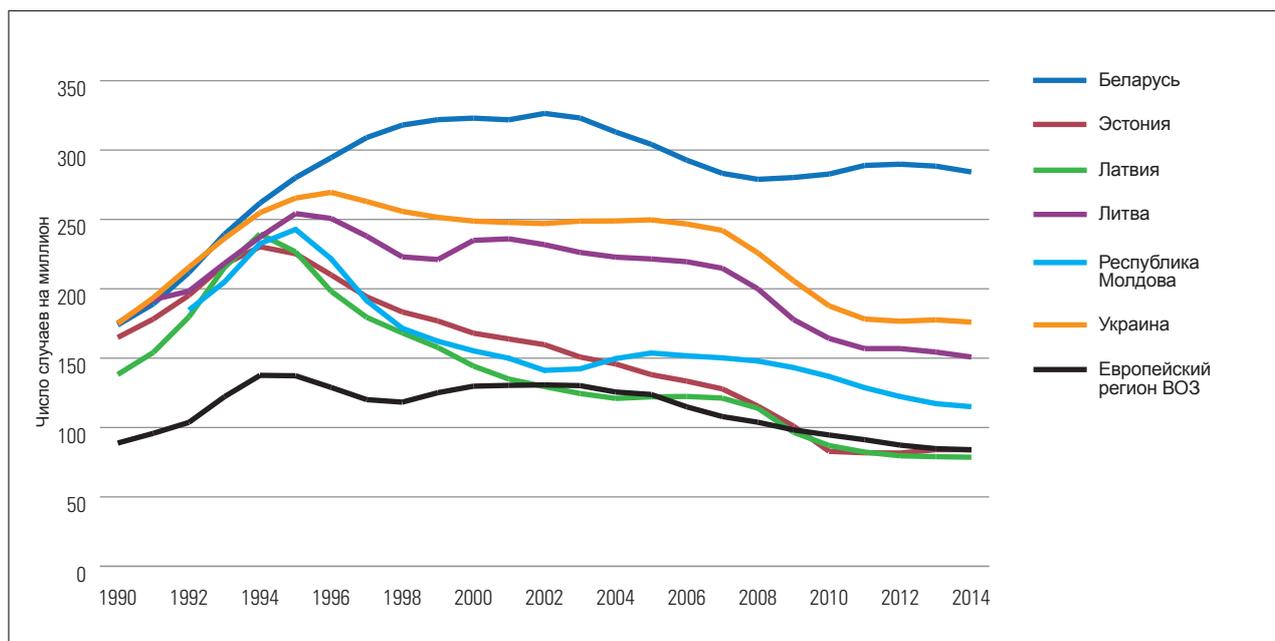


Рис. 69. Тенденции в стандартизированной по возрасту смертности среди взрослого населения, обусловленной преднамеренным травматизмом, относимым на счет алкоголя, в Российской Федерации, 1990–2014 гг.

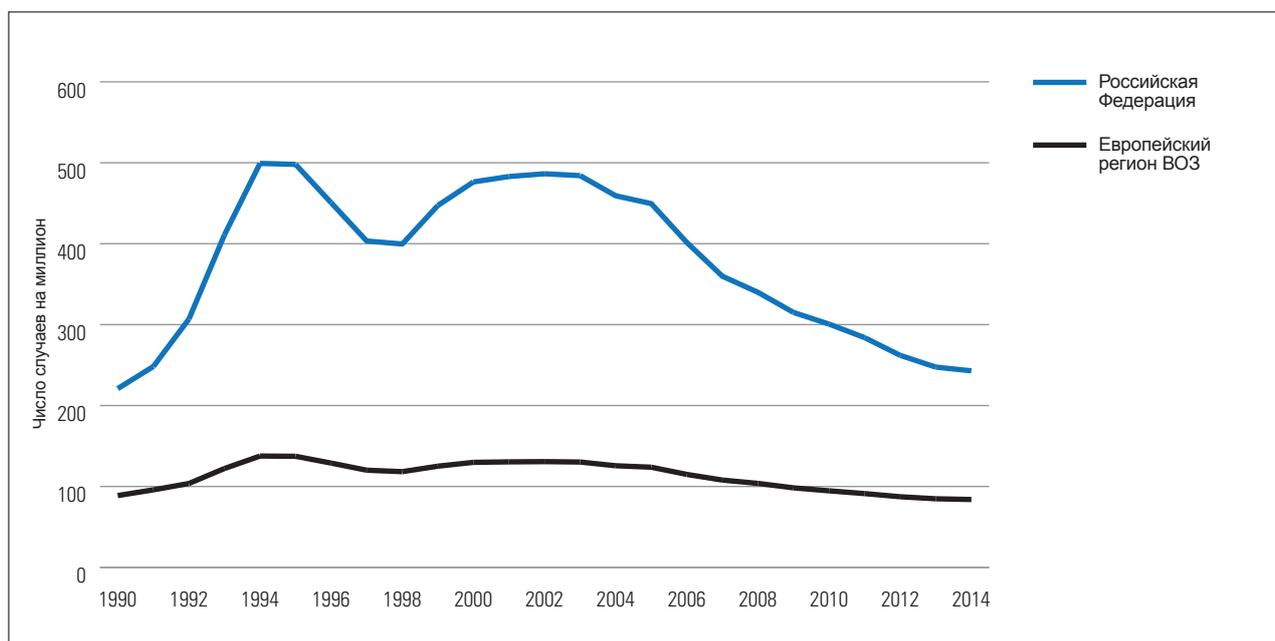


Рис. 70. Тенденции в стандартизированной по возрасту смертности среди взрослого населения, обусловленной преднамеренным травматизмом, относимым на счет алкоголя, в Албании, Боснии и Герцеговине, Болгарии, Хорватии, Черногории, Сербии и в бывшей югославской Республике Македония, 1990–2014 гг.

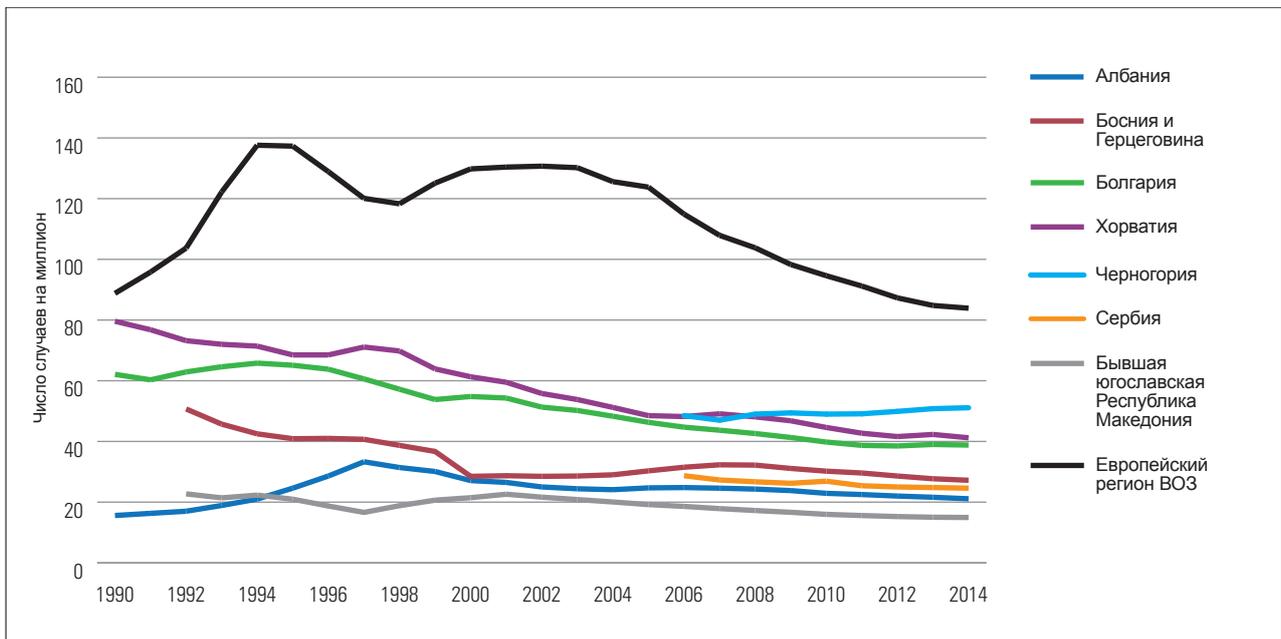
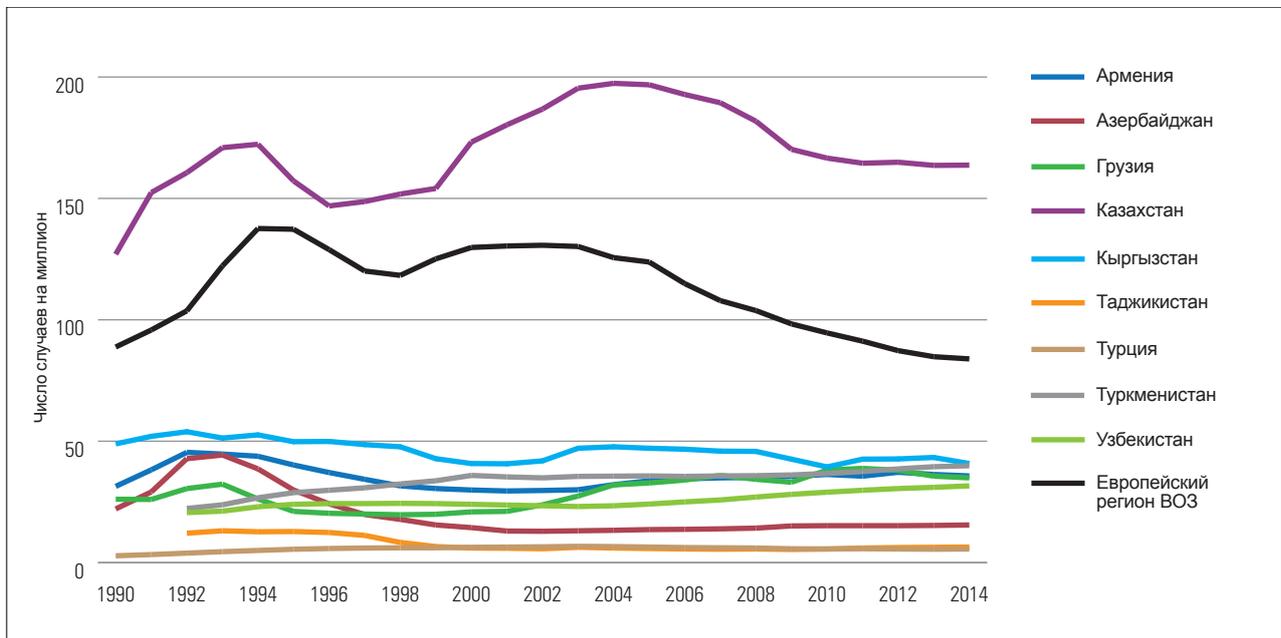


Рис. 71. Тенденции в стандартизированной по возрасту смертности среди взрослого населения, обусловленной преднамеренным травматизмом, относимым на счет алкоголя, в Армении, Азербайджане, Грузии, Казахстане, Кыргызстане, Таджикистане, Туркменистане, Турции и Узбекистане, 1990–2014 гг.



РЕГИОНАЛЬНЫЕ РАЗЛИЧИЯ В СМЕРТНОСТИ, ОТНОСИМОЙ НА СЧЕТ АЛКОГОЛЯ

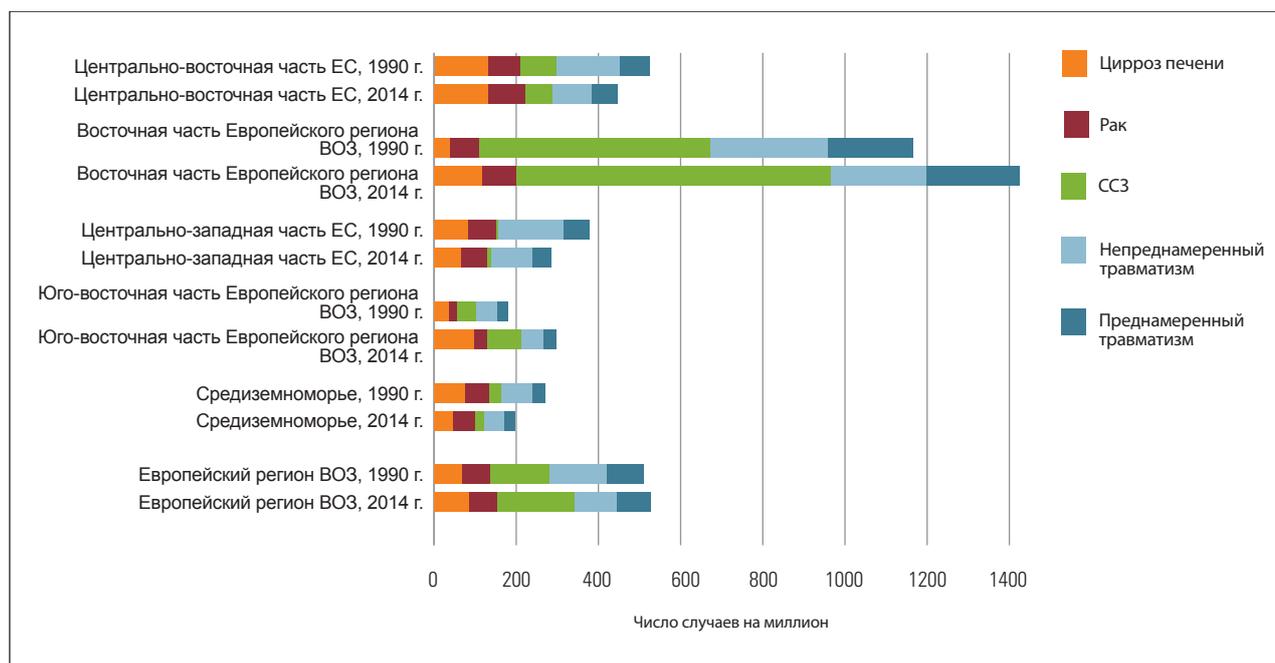
ОБЩАЯ ТЕНДЕНЦИЯ В СМЕРТНОСТИ, ОТНОСИМОЙ НА СЧЕТ АЛКОГОЛЯ, В ПЕРИОД МЕЖДУ 1990 И 2014 ГГ. ПО ОСНОВНЫМ КАТЕГОРИЯМ ПРИЧИН СМЕРТИ

На рис. 72. показаны стандартизированные по возрасту коэффициенты смертности, относимой на счет алкоголя (число случаев на миллион населения), в начале и в конце периода наблюдения, т.е. в 1990 и 2014 гг. Несмотря на то, что общее потребление алкоголя за этот период несколько снизилось (см. рис. 10), в целом в Европейском регионе ВОЗ в 2014 г. наблюдалась более высокая смертность, относимая на счет алкоголя, чем в 1990 г. (+ 4%). В основном рост бремени атрибутивной смертности произошел за счет тенденций в смертности в восточной части (+ 22%) и в юго-восточной части Европейского региона ВОЗ (+ 65%, хотя и по сравнению с относительно низким уровнем в 1990 г.). С другой стороны, потребление алкоголя снизилось в более богатых странах, таких как большинство регионов ЕС, причем в Средиземноморье (-27%) и центрально-западном регионе (-25%) больше, чем в центрально-восточном (-15%).

Рост бремени смертности, относимой на счет алкоголя, который произошел в Европейском регионе ВОЗ несмотря на небольшое снижение общего уровня потребления алкоголя на душу населения, обусловлен рядом причин: в первую очередь, экспоненциальным ростом риска смертности во многих категориях причин смерти по мере роста уровней среднего потребления (159-161), что, в свою очередь, привело к существенному росту относимой на счет алкоголя смертности, особенно в тех регионах, где и без того высокие уровни потребления на одного пьющего продолжали расти (см. восточную часть Европейского региона ВОЗ на рис. 13 и 14). С этим связана и вторая причина: помимо влияния уровня потребления алкоголя, специфическое пагубное влияние на смертность от сердечно-сосудистых заболеваний и травматизма оказывают случаи употребления алкоголя в больших количествах (см. также следующий абзац). И, наконец, общим повышенным коэффициентом смертности взрослого населения и низкой продолжительностью жизни выделяются Российская Федерация и соседние с ней страны (141,162), из-за чего им даже присвоен отдельный уровень общей смертности по классификации ВОЗ (163,164).

Снижение относимой на счет алкоголя смертности в центрально-восточной части ЕС было обусловлено общим снижением показателей смертности в этом регионе (141,162). Даже при относительно стабильных или незначительно увеличивающихся фракциях смертности, относимых на счет алкоголя, такое снижение приводит к более низким стандартизированным коэффициентам.

Рис. 72. Сравнения стандартизированной по возрасту смертности, относимой на счет алкоголя, между 1990 и 2014 гг. по основным причинам смерти в Европейском регионе ВОЗ и в отдельных субрегионах



Что касается состава причин смерти, относимых на счет алкоголя (см. рис. 72), показатели смертности от раковых заболеваний, как отмечалось ранее, выглядят относительно стабильными. Это и не удивительно, если учесть значительный и изменчивый латентный период развития рака, достигающий двух десятилетий, особенно в таких пораженных раком органах, где ключевую роль играет ацетальдегид (165–168). Хотя потребление алкоголя и играет важную роль в смертности от раковых заболеваний, любое изменение в потреблении алкоголя и, следовательно, потенциальное влияние мер политики в отношении алкоголя будут очевидны именно в долгосрочной перспективе, как можно было видеть на примере таких серьезных краткосрочных изменений в политике, как антиалкогольная кампания эры Горбачева, которая на показатели онкологической заболеваемости эффекта не возымела (169,170).

Смертность от цирроза печени меняется предсказуемо и почти синхронно с изменениями в потреблении алкоголя (90) и является хорошим показателем вредного употребления алкоголя в том или ином обществе (171,172), а значит и показателем, важным для выработки политики (156). Однако, если цирроз печени будет использоваться для контроля вреда или употребления алкоголя, то во внимание должно быть принято и влияние случаев заражения гепатитом В и С (173), и данный показатель должен отражать чистое воздействие алкоголя.

Основными факторами заметных изменений в бремени смертности, относимой на счет алкоголя, в Европейском регионе ВОЗ являются ССЗ и травматизм. Что касается смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, потребление алкоголя не оказывает на нее заметного влияния, пока остается на умеренных уровнях. Описанное ранее благотворное воздействие на ишемические заболевания (104,174) практически сводится на нет пагубным воздействием алкоголя на все другие ССЗ (96). В результате в 2014 году доля смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, относимой на счет алкоголя, в центрально-западной части ЕС составила меньше 5% от всей смертности, относимой на счет алкоголя, в странах Средиземноморья около 12% и в центрально-восточной части ЕС 14% (в целом по ЕС она составила 10%). Эта категория причин смерти составила 54% от всей относимой на счет алкоголя смертности в восточной части Европейского региона ВОЗ и 36% во всем Европейском регионе. Страны, чья культура сочетает эпизодическое и хроническое потребление алкоголя в больших количествах, будут испытывать в основном негативные последствия, которые, конечно, наиболее выражены в случаях, когда эпизоды употребления в чрезмерно больших количествах являются преобладающей моделью потребления алкоголя для значительной части населения, как, например, в восточной части Европейского региона ВОЗ в течение наблюдаемого периода. (Отдельные крупномасштабные исследования см. в (5,54,175,176); обсуждение проблемы см. в (110,177); вспомогательные исследования на укрупненном уровне см. в (178-181).)

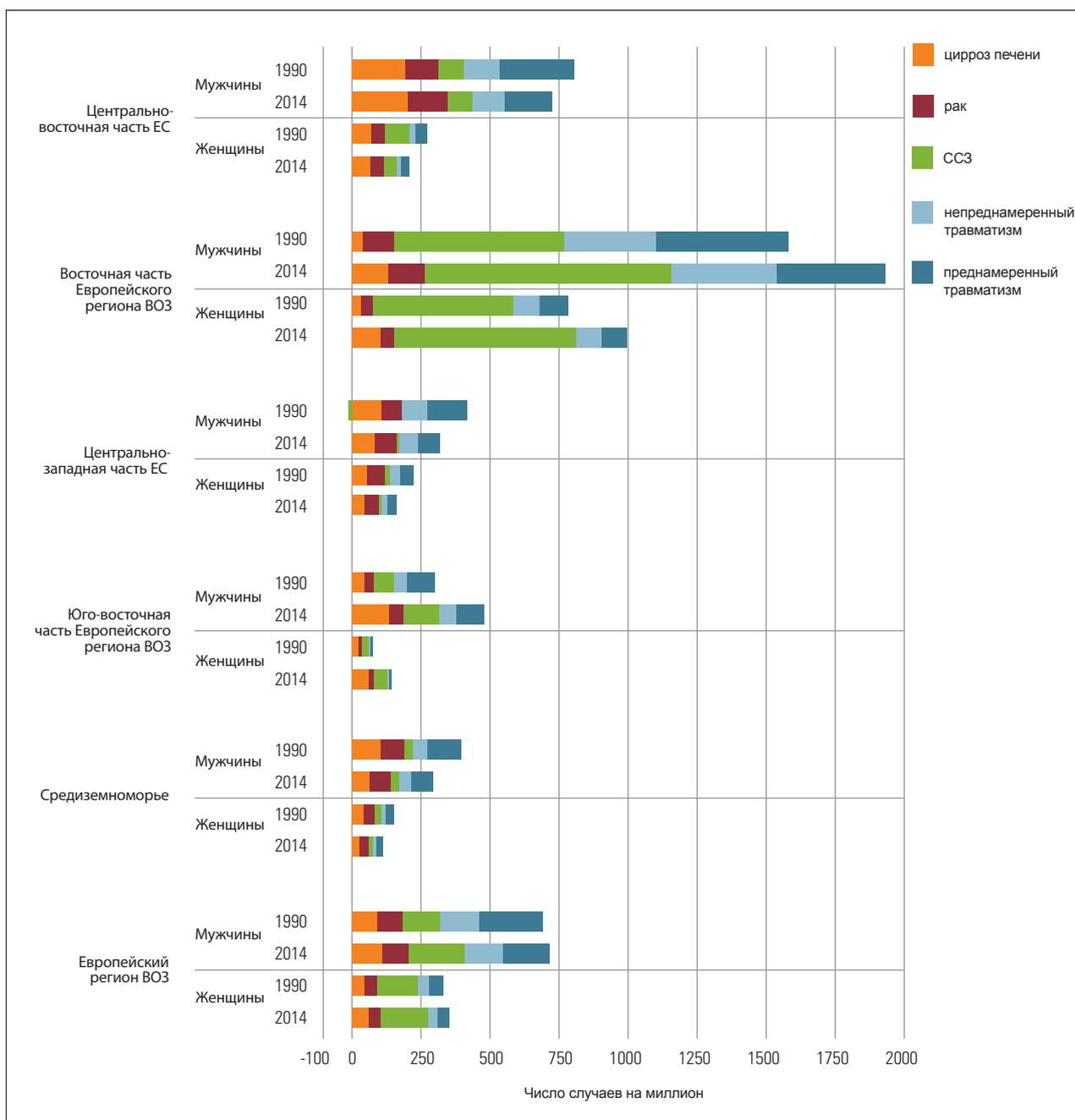
Показатели заболеваемости и смертности вследствие травматизма снижаются во всем мире, в том числе в Европейском регионе (158). Но потребление алкоголя может приостановить и даже обратить вспять скорость этого снижения (см. рис. 72 и ниже; историческое сравнение случаев смерти от отравления алкоголем в Российской Федерации см. (182)). Необходимо отметить, что оценка смертности вследствие относимого на счет алкоголя непреднамеренного травматизма (т.е. алкогольного отравления) может быть занижена в странах с высокой распространенностью эпизодов употребления алкоголя в чрезмерно больших количествах (например, в Российской Федерации (183-185); Эстонии (186, 187)). (Обсуждение проблемы см. в (188,189).)

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕНДЕНЦИЙ В СМЕРТНОСТИ, ОТНОСИМОЙ НА СЧЕТ АЛКОГОЛЯ, В ПЕРИОД МЕЖДУ 1990 И 2014 ГГ. ПО ОСНОВНЫМ КАТЕГОРИЯМ ПРИЧИН СМЕРТИ

На рис. 73 с разбивкой по полу показаны показатели смертности от различных причин, относимых на счет алкоголя. Во всех странах мужчины потребляют больше алкоголя по сравнению с женщинами, поскольку среди мужчин воздержание от алкоголя встречается реже (показатели в Европейском регионе и субрегионах иллюстрируются на рис. 13 и 14). Вследствие этого относимая на счет алкоголя смертность среди мужчин выше, чем среди женщин. В целом соотношение стандартизированных по возрасту коэффициентов относимой на счет алкоголя смертности среди мужчин и среди женщин в Европейском регионе ВОЗ составляет примерно 2:1, и это соотношение за последние 25 лет изменилось незначительно (в 1990 г. – 2,1:1; в 2014 г. – 2,0:1). Это соотношение, однако, для разных причин смерти (см. ниже рис. 74–78) и в разных субрегионах разное. Если в большинстве субрегионов оно составляет примерно 2:1, то в странах в юго-восточной части Европейского региона ВОЗ и в Средиземноморье оно выше. Отчасти это отражает корреляцию между гендерным неравенством и долей алкоголя, потребляемой женщинами, которая в Европейском регионе ВОЗ в 2010 г. составляла –0,65 (на основании исследования в 44 странах, по которым имелись данные; 95% ДИ: от –0,79 до 0,44; $t = 5,4$; $P < 0,001$); чем выше уровень гендерного неравенства, тем ниже доля алкоголя, потребляемая женщинами.¹⁹

¹⁹ Собственные расчеты авторов, основанные на данных опубликованного ВОЗ Глобального доклада о положении в области алкоголя и здоровья (1) и применяемого ООН Индекса гендерного неравенства (190).

Рис. 73. Сравнения стандартизированной по возрасту смертности, относимой на счет алкоголя, от основных причин смерти в 1990 г. и в 2014 г., с разбивкой по полу, в Европейском регионе ВОЗ и в отдельных субрегионах



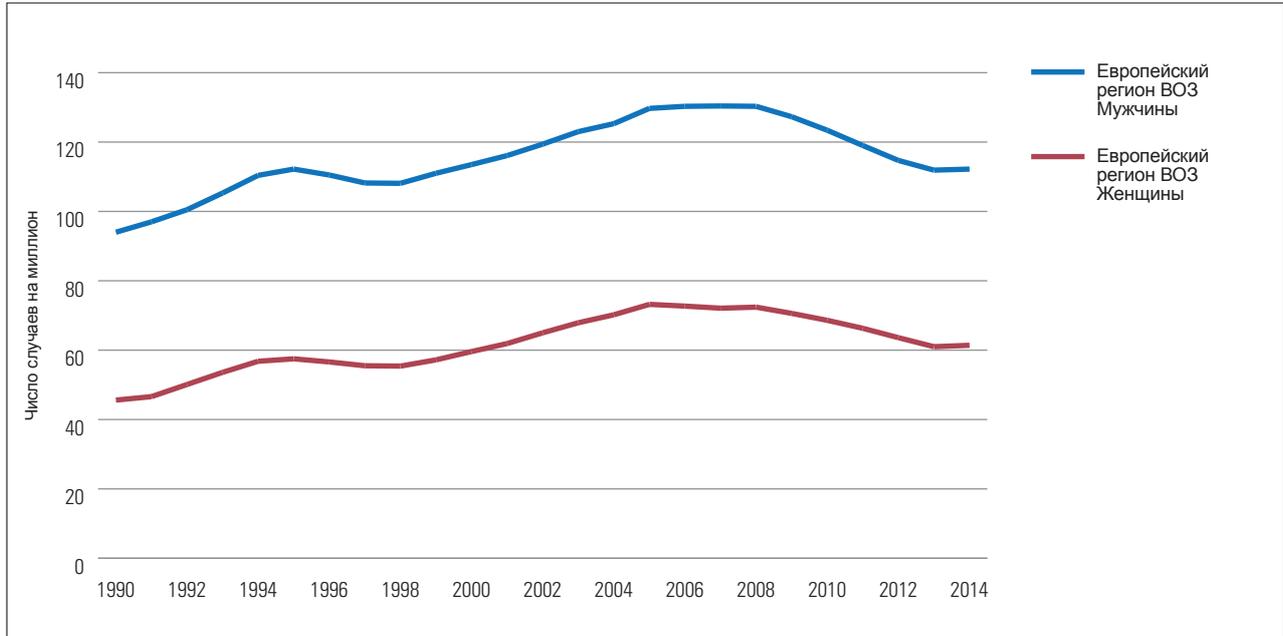
Пропорциональные различия между мужчинами и женщинами в 1990 г. и 2014 г. аналогичны, хотя у женщин они на более низком уровне. То же самое можно сказать и о большинстве полных линий тренда относительно гендерных особенностей в коэффициентах смертности, охватывающих все года по всему Европейскому региону ВОЗ (см. рис. 74–78).

На рис. 74 показано, что стандартизированные коэффициенты смертности от цирроза печени колеблются во временном измерении синхронно, при том, что коэффициенты у мужчин примерно в два раза выше, чем у женщин, и у этого соотношения наблюдается незначительная тенденция к снижению с течением времени (с 2,1 в 1990 г. до 1,8 в 2014 г.). Может показаться, что это соотношение стандартизированных коэффициентов низкое, учитывая намного более высокий средний уровень подверженности воздействию алкоголя на протяжении всей жизни у мужчин по сравнению с женщинами и экспоненциальную зависимость доза-эффект (о подверженности воздействию на протяжении всей жизни см. (142) и о зависимостях доза-эффект между средним уровнем употреблением алкоголя и смертностью от цирроза печени см. (87)). Однако очевидные гендерные различия

существуют также и в ускорении рисков цирроза печени: у женщин риск смертности от цирроза печени при одинаковом уровне употребления алкоголя намного выше (87).

В целом рост смертности от цирроза печени происходил примерно до 2007 г. и у мужчин, и у женщин, а затем началось снижение одновременно со снижением потребления алкоголя на душу населения (см. рис. 10), однако в то время как тенденции в Европейском регионе ВОЗ сближаются, тенденции в разных странах не демонстрируют тесной связи между потреблением и заболеваемостью циррозом печени (см., например, рассуждения перед рис. 23, касающиеся стран Восточной Европы).

Рис. 74. Тенденции в стандартизированных по возрасту коэффициентах смертности среди взрослого населения от цирроза печени, относимого на счет алкоголя, в Европейском регионе ВОЗ, сравнение мужчин и женщин, 1990–2014 гг.



По раковым заболеваниям (рис. 75) соотношение практически такое же (2:1), но за рассматриваемый период оно несколько возросло (с 1,9 в 1990 г. до 2,2 в 2014 г.).

Что касается смертности от ССЗ, здесь картина совершенно иная: линии трендов стандартизированной смертности сближены намного больше (соотношения колебались в диапазоне от 0,9 до 1,3 без какого-либо устойчивого тренда), а в течение некоторого времени в начале периода исследования у женщин коэффициент смертности от сердечно-сосудистых заболеваний был выше, чем у мужчин (рис. 76). Как отмечалось выше, разные уровни и модели употребления алкоголя по-разному влияют на смертность от сердечно-сосудистых заболеваний, и эти влияния также различаются в зависимости от пола. Очень важно то, что при криволинейных зависимостях доза-эффект между средним объемом потребляемого алкоголя и исходами ишемической болезни сердца относительный минимум (т.е. наибольший полезный эффект) у женщин наблюдается при более низких уровнях подверженности воздействию алкоголя, чем у мужчин (101, 103).

Рис. 75. Тенденции в стандартизированных по возрасту коэффициентах смертности среди взрослого населения от раковых заболеваний, относимых на счет алкоголя, в Европейском регионе ВОЗ, сравнение мужчин и женщин, 1990–2014 гг.

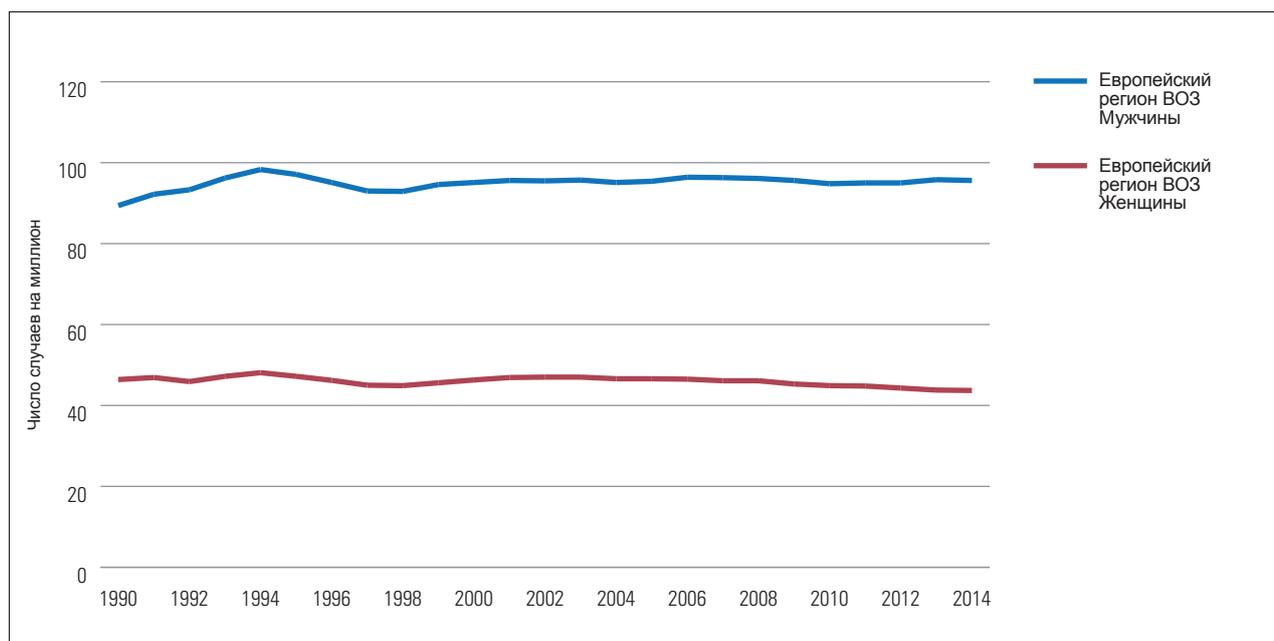
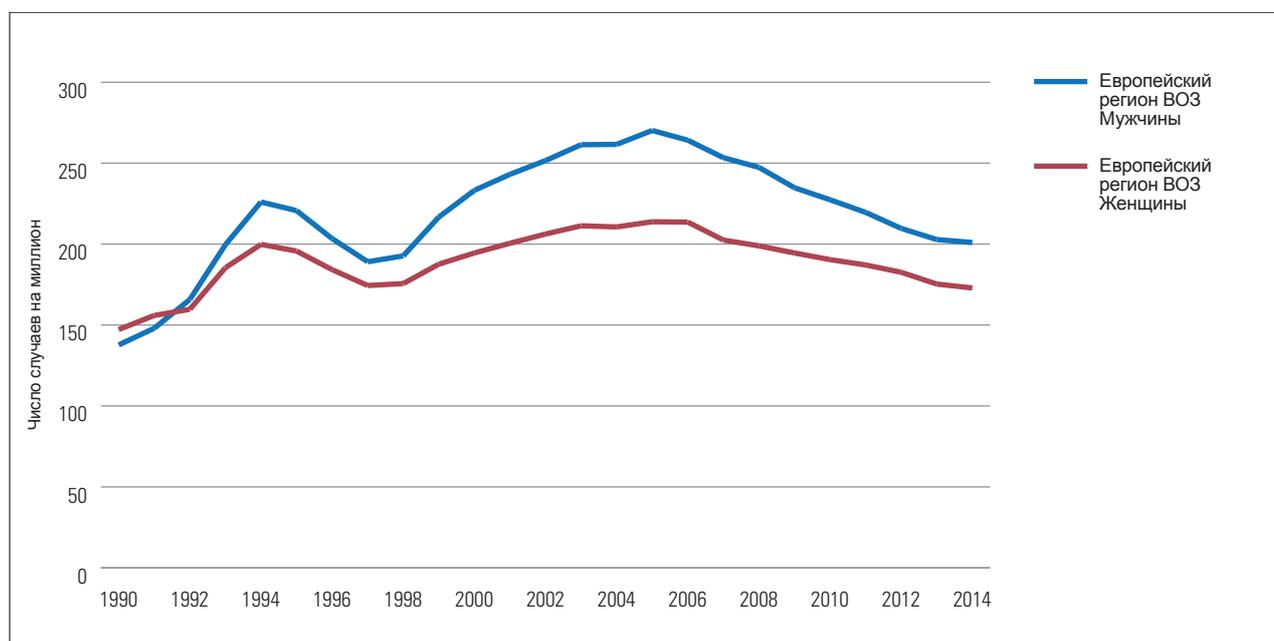


Рис. 76. Тенденции в стандартизированных по возрасту коэффициентах смертности среди взрослого населения от ССЗ, относимых на счет алкоголя, в Европейском регионе ВОЗ, сравнение мужчин и женщин, 1990–2014 гг.



На рис. 77 и 78 сравниваются соотношения стандартизированных коэффициентов смертности от непреднамеренного (рис. 77) и преднамеренного (рис. 78) травматизма с разбивкой по полу. Первое, что нужно отметить: эти соотношения намного выше (в случае непреднамеренного травматизма от 4,1 до 4,7, а в случае преднамеренного травматизма от 3,6 до 4,4) по сравнению с другими причинами смерти, что отражает в целом более высокий риск травматизма у мужчин по сравнению с женщинами, и в течение некоторого времени такая картина устойчиво наблюдалась во всех странах и регионах в глобальном масштабе (158, 191).

Рис. 77. Тенденции в стандартизированных по возрасту коэффициентах смертности вследствие непреднамеренного травматизма, относимого на счет алкоголя, в Европейском регионе ВОЗ, сравнение мужчин и женщин, 1990–2014 гг.

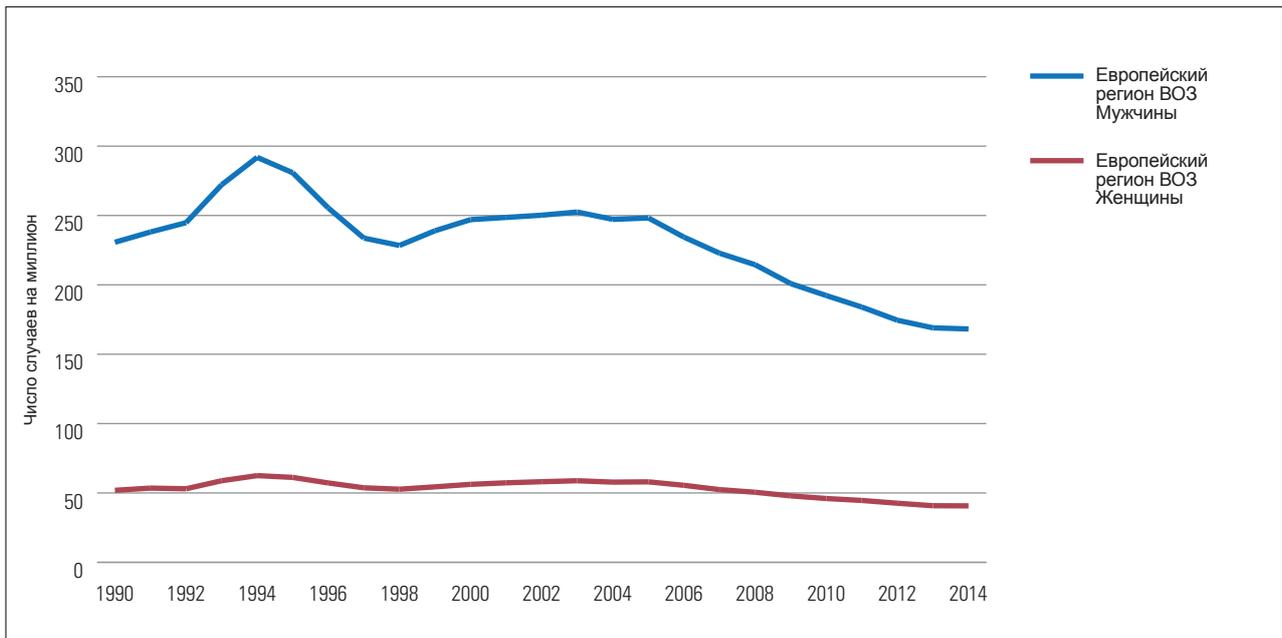
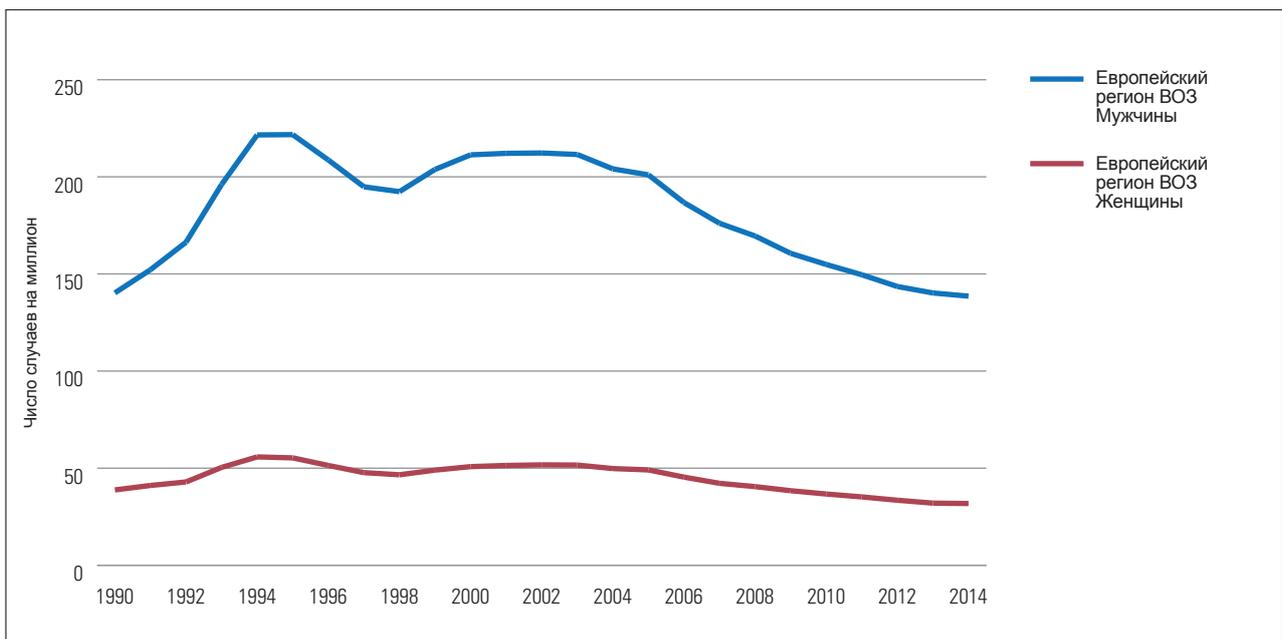
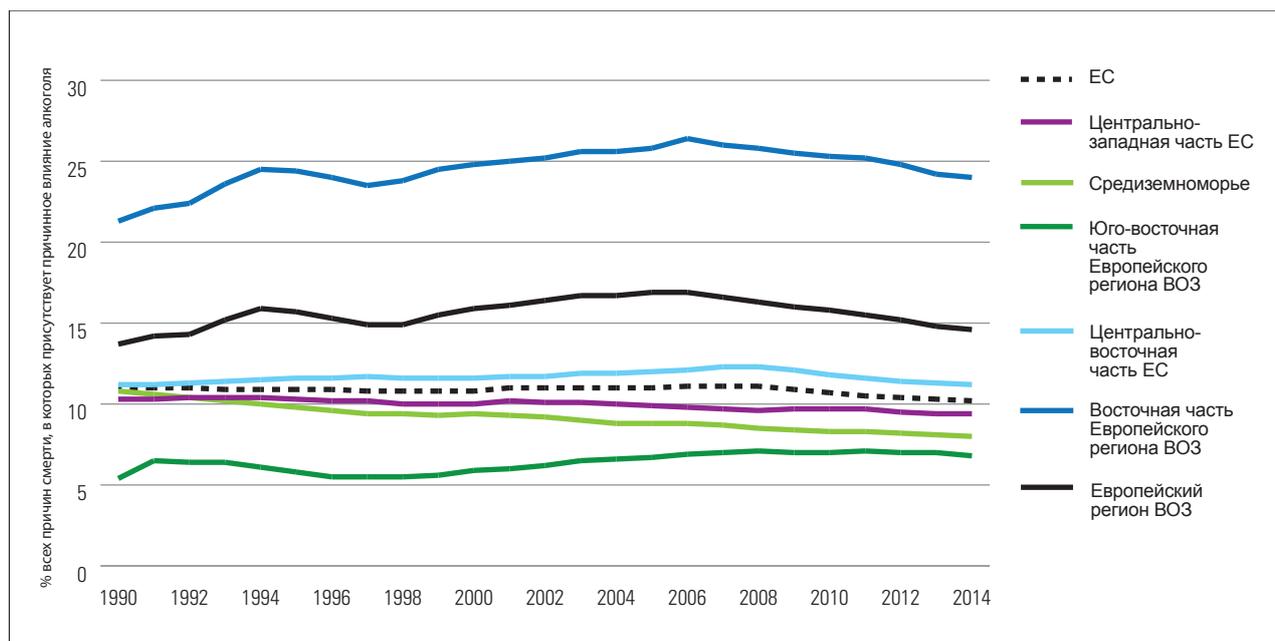


Рис. 78. Тенденции в стандартизированных по возрасту коэффициентах смертности вследствие преднамеренного травматизма, относимого на счет алкоголя, в Европейском регионе ВОЗ, сравнение мужчин и женщин, 1990–2014 гг.



ТЕНДЕНЦИИ В ДИНАМИКЕ ФРАКЦИЙ СМЕРТНОСТИ, ОТНОСИМЫХ НА СЧЕТ АЛКОГОЛЯ

На рис. 79 дается обзор временных трендов в общих фракциях смертности, относимых на счет алкоголя, просуммированных по различным категориям причин смерти. Необходимо учесть, что эти фракции не являются фракциями во всей смертности: знаменатель включает только смерти в анализируемых категориях.

Рис. 79. Тенденции в динамике фракций смертности, относимых на счет алкоголя, в Европейском регионе ВОЗ и в отдельных субрегионах, 1990–2014 гг.

Как и следовало ожидать в соответствии с формулой атрибутивного риска, эти величины вплотную повторяют тренды потребления алкоголя на душу взрослого населения (см. рис. 10), хотя и с несколько более высокой вариацией между субрегионами. При такой закономерности тем более удивительно, что в 2014 г. в странах Средиземноморья после снижения в потреблении на протяжении целых десяти лет (8,0%) доля относимой на счет алкоголя смертности была почти такая же, как в юго-восточной части Европейского региона ВОЗ (6,8%; см. рис. 79), где очень много людей исповедуют ислам.

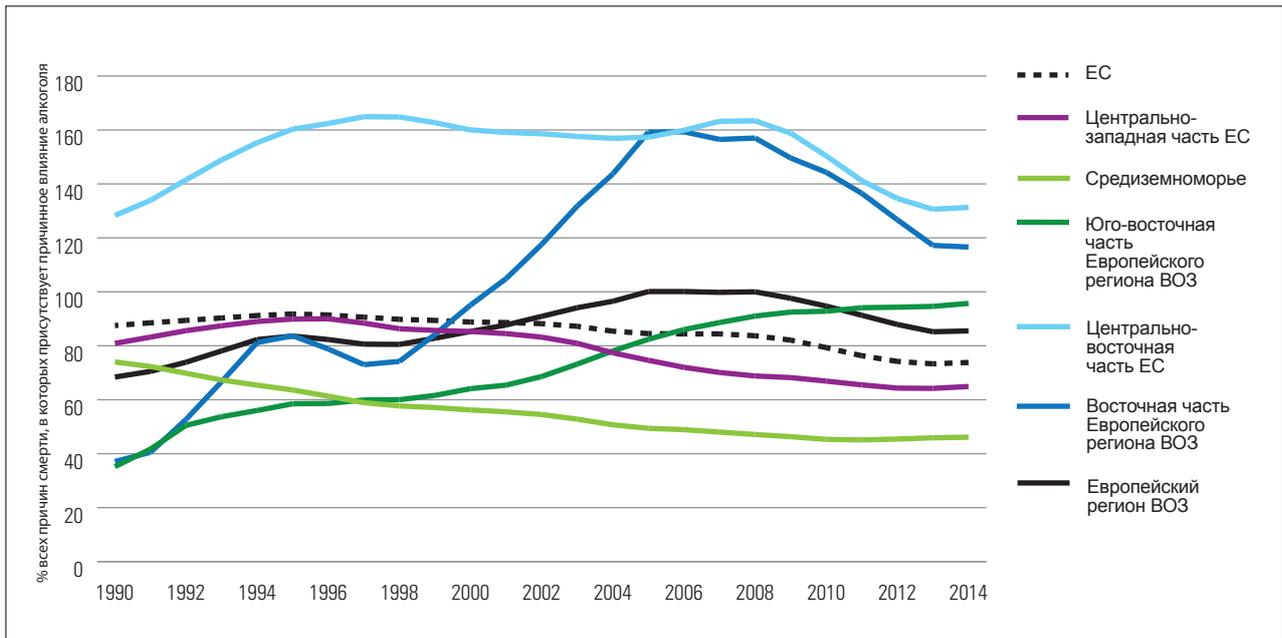
РЕГИОНАЛЬНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В СТАНДАРТИЗИРОВАННЫХ ПО ВОЗРАСТУ КОЭФФИЦИЕНТАХ СМЕРТНОСТИ ПО ОСНОВНЫМ КАТЕГОРИЯМ ПРИЧИН СМЕРТИ, 1990–2014 ГГ.

Стандартизированные коэффициенты смертности от цирроза печени были и остаются самыми высокими в центрально-восточной части ЕС (см. рис. 80) – регионе с высоким общим уровнем потребления алкоголя. Однако одного потребления было бы недостаточно для объяснения таких коэффициентов. Как указывалось выше, это также регион, где традиционно употребляются крепкие спиртные напитки, изготовленные на основе фруктов с косточкой (Венгрия, Румыния, Словакия и Словения (90, 141)). В качестве возможного альтернативного объяснения была выдвинута гипотеза о присутствии в незарегистрированных продуктах алифатических спиртов с короткой цепью (192); однако см. также (193, 194).

Вызывает озабоченность рост смертности вследствие цирроза печени, относимого на счет алкоголя, в юго-восточной части Европейского региона ВОЗ. Отчасти эта смертность может быть завышена вследствие использования при ее оценке глобальных функций риска, выведенных из мета-анализов, которые могут не распространяться на эти страны с высокими коэффициентами смертности от цирроза печени, относимого на счет гепатита, однако следует принимать во внимание и тот факт, что на смертность от цирроза печени может влиять и алкоголь, независимо от причинных факторов, изначально приведших к циррозу печени (89). Так что даже относительно малые дозы алкоголя могут приводить к высокому риску смертности среди людей с уже пораженной печенью (87).

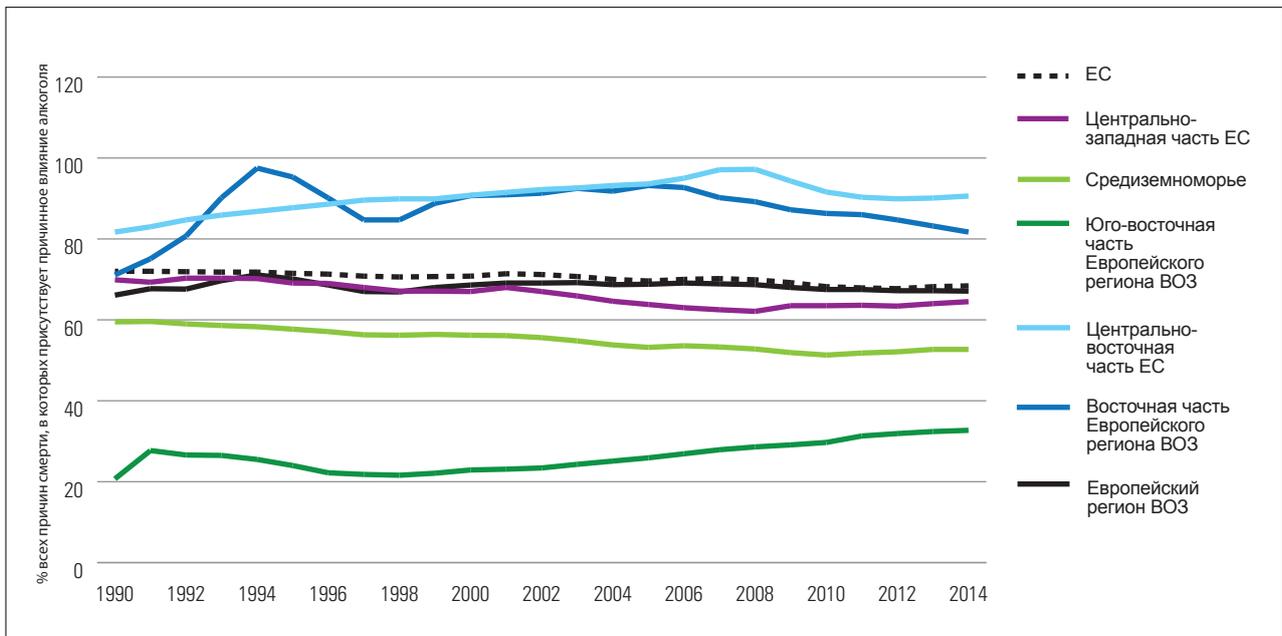
В остальном снижение в стандартизированных коэффициентах смертности от цирроза печени, которое происходило в течение последних нескольких лет даже в странах, где потребление алкоголя не снижалось, требует дополнительного изучения.

Рис. 80. Тенденции в стандартизированных по возрасту коэффициентах смертности среди взрослого населения вследствие цирроза печени, относимого на счет алкоголя, в Европейском регионе ВОЗ и в отдельных субрегионах, 1990–2014 гг.



Коэффициенты смертности от раковых заболеваний, относимых на счет алкоголя, внутри субрегионов характеризуются относительно небольшими изменениями за период наблюдения, а различия в коэффициентах между субрегионами, как и следовало ожидать, отражают уровень потребления: в юго-восточной части Европейского региона ВОЗ потребление алкоголя заметно ниже и там же ниже смертность от раковых заболеваний, относимых на счет алкоголя (рис. 81).

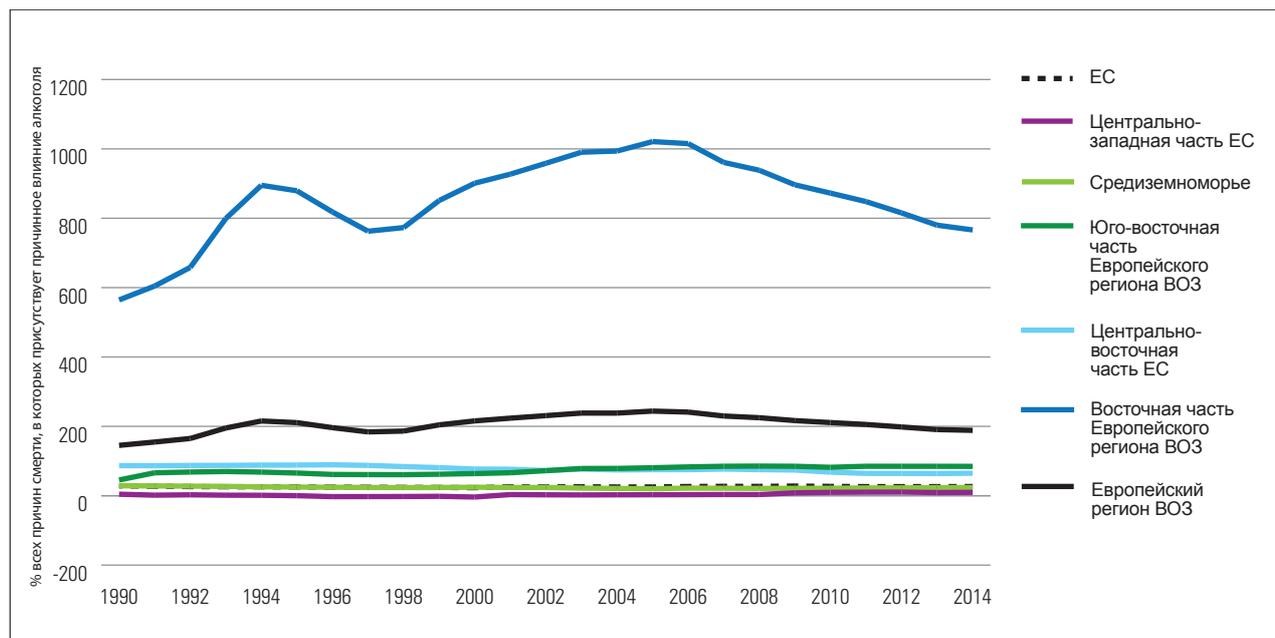
Рис. 81. Тенденции в стандартизированных по возрасту коэффициентах смертности среди взрослого населения вследствие раковых заболеваний, относимых на счет алкоголя, в Европейском регионе ВОЗ и в отдельных субрегионах, 1990–2014 гг.



Широкие колебания во временном измерении между субрегионами и внутри них отмечаются в смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, относимых на счет алкоголя (рис. 82). На сердечно-сосудистые заболевания как причины смерти, особенно на ишемические категории, влияют колебания в числе случаев употребления алкоголя в больших количествах, и поэтому даже относительно небольшие изменения в уровне потребления, при

которых повышается частота нерегулярного или хронического употребления алкоголя в больших количествах, будут оказывать значительное влияние также и на смертность от сердечно-сосудистых заболеваний. Во время уже упомянутой антиалкогольной кампании в эру Горбачева потребление алкоголя в Советском Союзе снизилось, причем даже с поправкой на рост потребления незарегистрированного алкоголя (170), и в связи с этим сократилось число смертей от “болезней системы кровообращения” (условное название сердечно-сосудистых заболеваний как причин смерти в Советском Союзе в 1987 г.): на 9% по сравнению с 1984 г. среди мужчин и на 6% среди женщин среднего возраста (169). Изменения в смертности от сердечно-сосудистых заболеваний пошли в противоположную сторону, когда снова возросло потребление алкоголя (169, 170) (причинно-следственные связи и последствия рассматриваются в (156, 177, 195, 196).

Рис. 82. Тенденции в стандартизированных по возрасту коэффициентах смертности среди взрослого населения вследствие ССЗ, относимых на счет алкоголя, в Европейском регионе ВОЗ и в отдельных субрегионах, 1990–2014 гг.



Коэффициенты смертности вследствие относимого на счет алкоголя травматизма можно охарактеризовать как дихотомию между несколькими странами (Беларусь, Эстония, Казахстан, Латвия, Литва, Республика Молдова, Российская Федерация и Украина, см. рис 50, 51 и 53), сосредоточенными в одном субрегионе (в восточной части Европейского региона ВОЗ, см. рис. 83) и имеющими аналогичные уровни и модели потребления алкоголя, и остальным Европейским регионом ВОЗ. Таким образом, все страны с коэффициентами смертности выше среднего расположены в восточной части Региона – от стран Балтии на северо-востоке ЕС до Российской Федерации и до Казахстана в юго-восточной части Европейского региона ВОЗ.

В целом в смертности вследствие непреднамеренного и преднамеренного травматизма преобладают одни и те же закономерности (см. рис. 84 и 85) с одной лишь разницей: в центрально-восточной части ЕС коэффициент смертности вследствие непреднамеренного травматизма намного ближе к среднему по Европейскому региону ВОЗ, чем коэффициент смертности вследствие преднамеренного травматизма.

По показателю смертности от всех форм травматизма между большинством стран ЕС, похоже, происходит сближение, за исключением стран центрально-восточной части и, в частности, балтийских стран. Однако отчасти эта видимость сближения объясняется сравнением с уровнем смертности в Российской Федерации и соседних с ней странах, где уровни и модели потребления алкоголя аналогичны. Как было показано на рис. 45–53, по-прежнему сохраняются заметные различия между странами даже внутри ЕС, и для того, чтобы снизить смертность вследствие травматизма, другие страны ЕС могли бы ориентироваться на такие страны, как Италия или Кипр (см. таблицу 1).

Рис. 83. Тенденции в стандартизированных по возрасту коэффициентах смертности вследствие относимого на счет алкоголя травматизма в Европейском регионе ВОЗ и в отдельных субрегионах, 1990–2014 гг.

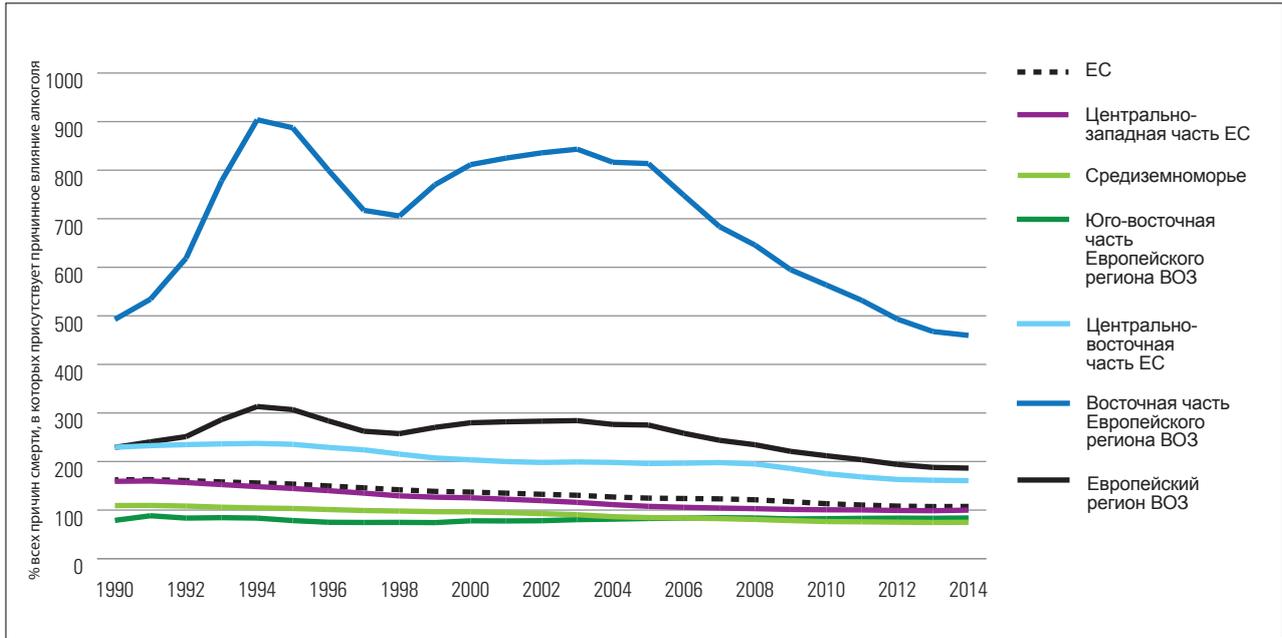


Рис. 84. Тенденции в стандартизированных по возрасту коэффициентах смертности вследствие относимого на счет алкоголя непреднамеренного травматизма в Европейском регионе ВОЗ и в отдельных субрегионах, 1990–2014 гг.

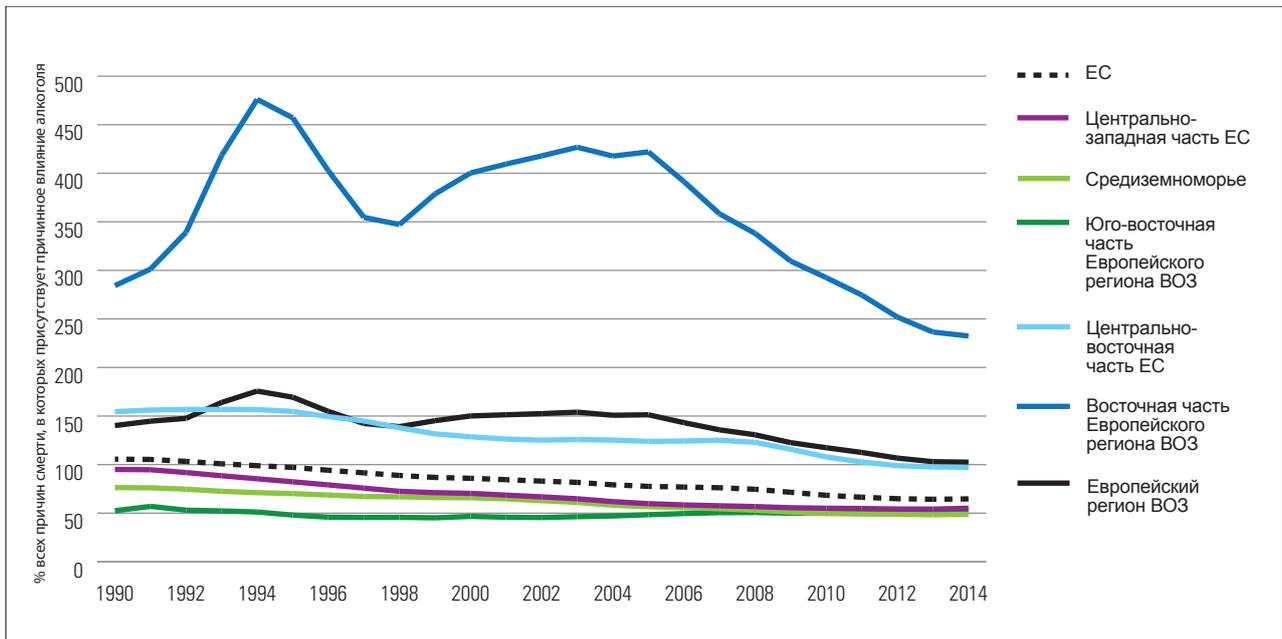
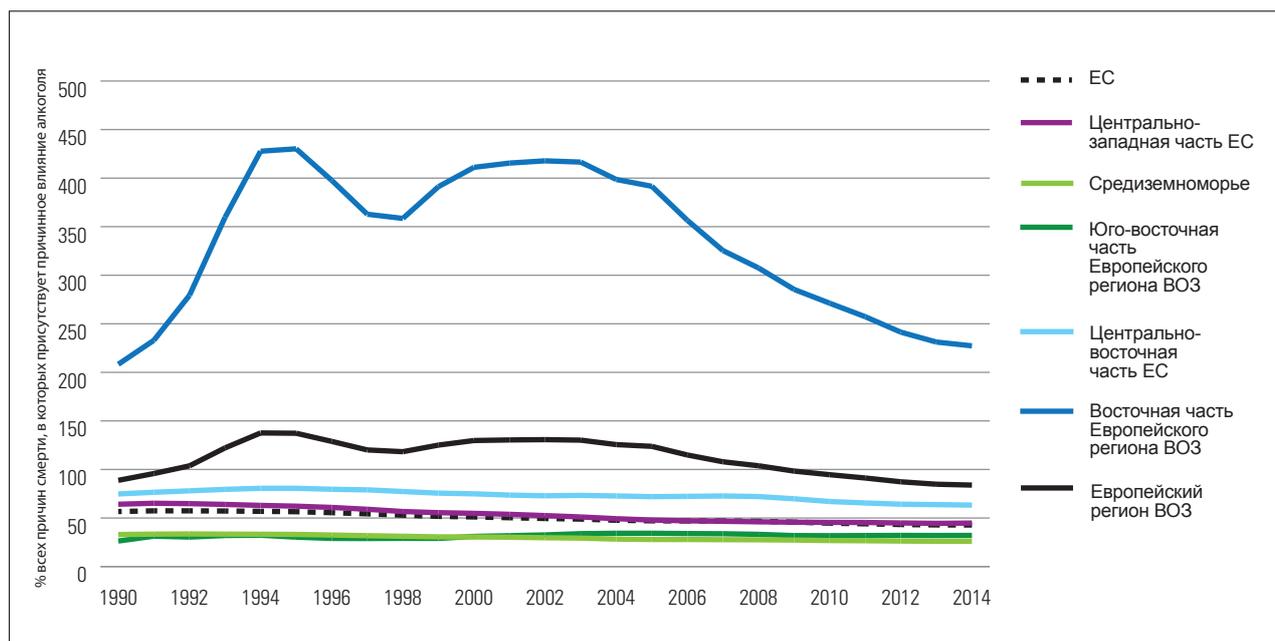


Рис. 85. Тенденции в стандартизированных по возрасту коэффициентах смертности вследствие относимого на счет алкоголя преднамеренного травматизма в Европейском регионе ВОЗ и в отдельных субрегионах, 1990–2014 гг.



ЗАКЛЮЧЕНИЕ: НЕОБХОДИМОСТЬ ПОЛИТИКИ В ОТНОШЕНИИ АЛКОГОЛЯ

Хотя употребление алкоголя в Европе ведет свое начало с давних времен, опыт последних десятилетий показал, что, несмотря на исторические традиции, современные модели питья могут меняться быстро и устойчиво. Иллюстрацией к такому утверждению может служить снижение потребления алкоголя, которое произошло за последние 40 лет или около того в традиционных винодельческих и потребляющих вино странах Средиземноморского региона (1, 61–63, 197). Было показано, что это снижение в потреблении алкоголя в странах Средиземноморья привело к значительному снижению смертности, относимой на счет алкоголя, что в свою очередь оказало заметное влияние на ожидаемую продолжительность жизни (141). Вторым примером изменения моделей употребления алкоголя и, как следствие, изменения в уровне смертности является опыт России после реформ в эру Горбачева; есть и более поздние примеры (53, 57, 169, 170).

Некоторые изменения в моделях употребления и во вредных последствиях алкоголя отражают фундаментальные перемены в характере общества. Например, с отходом от сельского хозяйства в экономике большинства европейских стран широко распространенная традиция употребления алкоголя за обедом уже не вписывается в систему требований современной экономики XXI века (некоторые эмпирические данные можно найти в (198)). Другие изменения были вызваны или навязаны политикой в отношении алкоголя.

Конечно, для того, чтобы и дальше минимизировать бремя употребления алкоголя в европейском обществе, существуют действенные (10, 199, 200) и оправданные с точки зрения соотношения затрат и эффективности (201–203) меры политики. Однако, хотя такие меры политики и предлагаются уже многие годы (204, 205) и разработаны различные европейские планы действий (последняя серия описывается в (9)), сравнительно мало что изменилось в Регионе, а стандартизированный по возрасту коэффициент относимой на счет алкоголя смертности от основных хронических и острых причин смерти в Европейском регионе ВОЗ в 2014 г. был даже выше, чем 25 лет назад. В некоторых странах общественное здравоохранение достигло определенных успехов, которые описаны выше, и эти страны могут служить эталонами для сравнения, но были у общественного здравоохранения и серьезные неудачи, так что общую картину никак нельзя назвать успехом общественного здравоохранения. Более того, как показали недавние примеры, если меры политики в отношении алкоголя окажутся ошибочными или не будут грамотно реализованы, это также может оказать резко негативное влияние на бремя болезней (156).

Для того, чтобы инициировать принятие каких-либо крупномасштабных программных мер, нужны новейшие эпидемиологические данные, интегрированные в систему мониторинга и эпиднадзора (171, 172). Здесь существенным фактором является время, и, если лица, принимающие решения, будут располагать нужными для них данными по рассматриваемой проблеме через короткий промежуток времени (в течение одного года, максимум двух лет), пользы от таких данных будет гораздо больше (206). Авторы настоящего доклада надеются, что он явится стимулом к созданию на уровне страны систем мониторинга и эпиднадзора, которые будут регулярно, в плановом порядке выдавать актуальные данные о вредном употреблении алкоголя и относимом на его счет вреде и будут делать это в такой форме и такими способами, какие требуются для лиц, принимающих решения (это можно делать с помощью системы мониторинга НИЗ (13, 207)), но при этом они должны будут дополнительно охватывать и проблему бремени цирроза печени и травматизма.

Итак, какие же принципиальные выводы можно сделать из этого доклада и в целом из результатов эпидемиологических исследований, посвященных проблеме алкоголя в Европе? Прежде всего, необходимо заявить, что общее потребление алкоголя в Европе явно слишком велико и вред от этого значителен. В идеале, исходя из того, что потребление алкоголя в Европе не прекратится, те, кто решит пить, должны будут ограничить свое потребление количеством менее 20 граммов спирта в день (68, 208), что соответствует потреблению 11,6 литров чистого спирта в год. Однако этот верхний порог употребления алкоголя все же ниже нынешнего среднего уровня употребления в Европе как среди пьющих мужчин (19,4 литров чистого спирта), так и среди пьющих женщин (12,9 литров чистого спирта). Весь вопрос в том, как отодвинуть нынешнее употребление алкоголя до такого уровня, при котором причинялся бы наименьший вред.

В последние годы стали популярными всевозможные рекомендации о том, как правильно пить (описание недавних усилий, предпринимаемых в Австралии, Канаде, Соединенном Королевстве и ЕС, см. в (209–212)), поскольку они соответствуют современному идеалу общества потребления, в котором хорошо информированные потребители, предположительно, будут корректировать свое поведение, следуя советам из государственных,

научных и профессиональных источников (213). Однако эффективность таких рекомендаций в изменении фактических привычек употребления алкоголя сомнительна (214, 215). Тем не менее, благодаря разработке рекомендаций, которые отражают наиболее точные и достоверные факты, создается важный ориентир, основа для взаимодействия с лицами, формирующими политику, в выработке подходов к снижению потребления, дающих более непосредственные результаты.

С другой стороны, у государственных органов в странах не слишком популярны общеизвестные варианты политики с положительным соотношением затрат и эффективности, которые в принятой ВОЗ системе мер по борьбе с НИЗ описываются как “вмешательства, наиболее выгодные с экономической точки зрения” ((13, 216), см. также сноску 2), а именно, сокращение наличия спиртных напитков, повышение налогов и запрет маркетинга и рекламы, и нет никаких признаков того, что такая тенденция прекратится.²⁰ Как могла бы эпидемиология помочь в улучшении ситуации? Среди населения до сих пор существует пробел в знаниях о влиянии алкоголя на смертность, особенно смертность от рака (219). Этот пробел должен быть ликвидирован, однако знания не всегда могут изменить поведение, особенно если эти знания касаются довольно широких областей и не затрагивают более общих последствий, таких как уменьшение потребления.

Более перспективным выглядит подход, при котором изучаются конкретные риски смертности и принимаются меры в отношении этих рисков. Нужно выходить за рамки пассивных методов работы, таких как составление руководств по правильному потреблению алкоголя, чтобы министерства здравоохранения и другие ведомства общественного здравоохранения думали о том, где и почему в конкретном обществе возникает озабоченность по поводу проблем алкоголя и как придать этой озабоченности достаточно энергии для того, чтобы реально начали работать методы и меры, описываемые в литературе по вопросам влияния на политику, или чтобы создать новые методы. В успешных действиях общественного здравоохранения по борьбе с управлением транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения и по борьбе с табакокурением применяется схема, которая заключается в том, чтобы сконцентрировать внимание на проблемах (при этом важную роль играет эпидемиология), а затем в контексте этого повышенного внимания добиваться реализации профилактических программ и мероприятий.

Одной из таких проблем, на которых можно было бы сконцентрировать внимание, является смертность вследствие относимого на счет алкоголя травматизма, поскольку этот показатель снижается медленнее, чем смертность вследствие травматизма вообще. Это открывает вполне конкретные возможности ведения профилактической работы, такие, например, как принятие программ по борьбе с управлением транспортными средствами под воздействием алкоголя или наркотиков, снижение законодательно установленного предела содержания алкоголя в крови путем принятия специальных законов об участниках дорожного движения и об управлении техническими средствами и обеспечение исполнения таких законов посредством выборочных проверок дыхания на алкоголь или проверок на трезвость, в зависимости от существующей правовой системы (199, 220, 221). Во многих странах меры борьбы с управлением транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения являются нормой (1), но их можно улучшить и сделать более действенными, и целью должно быть установление допустимого содержания алкоголя в крови на уровне 0,02 г чистого спирта на децилитр (9). Примером еще одной возможности принятия более конкретных мер вмешательства является недавно принятый в Нидерландах закон об определении порогового значения для причинного воздействия употребления психоактивных веществ в целом и алкоголя в частности на агрессию и насилие (закон был опубликован 19 января 2016 г., см. (222); первый доклад о научных данных см. в (223)).

Эффективными оказались меры против непреднамеренного и преднамеренного травматизма, осуществляемые в рамках инициативы в штате Южная Дакота, США, предусматривающей поощрение круглосуточной трезвости во все дни недели. Группа людей, которые были арестованы или осуждены за правонарушения, совершенные под влиянием алкоголя, находилась под непрерывным наблюдением с целью контроля их трезвости, причем за употребление алкоголя полагались наказания. Результаты показали, что на уровне административного округа после принятия программы произошло снижение на 12% числа арестов за повторное управление автомобилем под воздействием алкоголя и снижение на 9% числа арестов за насилие в семье (224). Не менее важно было бы разработать программы профилактики и других видов травматизма. Необходимо внимательно изучить и оценить

²⁰ Имеется на удивление мало научных исследований, посвященных тому, как нужно строить “наиболее выгодные вмешательства” по ограничению наличия спиртных напитков и их налогообложению в свете разных условий в разных странах, которые характеризуются уровнем и наличием незарегистрированного алкоголя (обсуждение ситуации в африканских странах см. в (217), а пример закончившегося провалом повышения налогов из-за слишком значительного незарегистрированного потребления см. в (218)), хотя такие исследования были бы особенно необходимы для стран в Европейском регионе ВОЗ, где широко распространено незарегистрированное потребление и существуют огромные различия в ценах.

предпринимаемые правительством Нидерландов усилия по разработке специальных законов о преднамеренном травматизме и в случае успеха распространить этот опыт на другие страны.

Что касается снижения смертности, относимой на счет алкоголя в Европейском регионе ВОЗ, самые неотложные меры политики должны быть приняты в тех странах, которые несут самое тяжелое бремя и для которых характерны относительно частые эпизоды употребления алкоголя в очень больших количествах, например, в странах восточной части Европейского региона ВОЗ. Хотя есть свидетельства того, что некоторые недавние изменения в политике в Российской Федерации увенчались успехом (57, 225) (но см. также (56)), нужно прилагать еще больше усилий. Одной из самых перспективных мер против пьянства является введение минимальных цен на спиртные напитки (226, 227), однако большинство аргументов в пользу такой меры основаны на исследованиях методом имитационного моделирования с ограниченными эмпирическими данными, проведенных в провинциях Канады (228, 229). Вероятность успешного переноса таких мер на все страны Восточной Европы, где велика доля незарегистрированного потребления, которое является особенно важным фактором для пьянства среди наиболее уязвимых категорий населения (22, 230–232), весьма сомнительна. Другое исследование, проведенное в России (232), не является контрпримером, поскольку оно касается только алкоголя домашнего изготовления и не затрагивает суррогатного алкоголя, такого как медицинский спирт или технический спирт. Совершенно очевидно, что после того, как зарегистрированное потребление алкоголя снижается в такой степени, в какой это было сделано в Советском Союзе в 80-е годы прошлого столетия (170), рост незарегистрированного потребления большого значения не имеет, но, если снижение зарегистрированного потребления незначительно, потенциальная компенсация за счет роста незарегистрированного потребления уже имеет значение, поскольку незарегистрированный алкоголь, особенно суррогатный, чаще всего бывает намного дешевле (22, 24, 234).

Таким образом, в странах, в которых отмечается большая доля незарегистрированного потребления, очень важно было бы найти местные решения для снижения числа эпизодов употребления алкоголя в больших количествах. Интересно, что в программе поощрения круглосуточной трезвости во все дни недели было установлено влияние на смертность, которое было наиболее заметно в смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (235). Подобную программу можно было бы принять и в восточной части Европейского региона ВОЗ. Можно также подумать о снижении крепости спиртных напитков (11), и правительство Российской Федерации уже применяет эту стратегию, поддерживая через налогообложение напитки с меньшим содержанием этанола (например, пиво в противоположность водке; см. также (57, 233)). Налогообложение вообще является одним из важных инструментов всякой алкогольной политики, и можно применять разные налоговые схемы для разных целей, таких как изменение предпочтений в выборе спиртных напитков (236–238), уменьшение содержания спирта в некоторых напитках (11, 239, 240), повышение возраста, с которого разрешается употреблять алкоголь, или поддержание высокого уровня трезвости (241, 242). Более общий обзор эффективности налогообложения алкогольной продукции приводится в (243).

Главный вывод из настоящего исследования для политики в отношении алкоголя ясен: если государство не будет инициировать меры политики для снижения потребления алкоголя в обществе, где наблюдается большое число случаев употребления алкоголя в больших количествах, это приведет к непропорционально тяжелому бремени заболеваемости и смертности, относимых на счет алкоголя. Ключевую роль здесь играет снижение потребления алкоголя среди лиц, употребляющих алкоголь в больших количествах. Если такие меры с подтвержденной эффективностью, как снижение наличия спиртных напитков, повышение цен через налогообложение и запрет маркетинга и рекламы, окажутся неосуществимыми, положительное воздействие на здоровье населения может оказать уменьшение потребления среди тех, кто выпивает наибольшие количества алкоголя, посредством кратковременных вмешательств или лечения (202, 244) (см. также (159, 245)).²¹ В большинстве других стран в Европейском регионе ВОЗ государственным органам следует отдавать себе отчет в том, что нынешний уровень потребления алкоголя никоим образом не является приемлемым с точки зрения общественного здравоохранения и связан со значительным вредом, и поэтому они должны продолжать начатые или инициировать новые успешные меры по снижению потребления алкоголя. Кроме того, государственные органы должны помнить, что неправильные меры политики могут за относительно короткое время причинить существенный вред (10, 156).

Какие бы меры ни выбрали правительства в соответствующих странах, насущной задачей, требующей неотложного решения, является снижение относимого на счет алкоголя бремени смертности в Европе. Это необходимо не только для уменьшения личных страданий пьющего и вреда, причиняемого окружающим его людям, но и для уменьшения экономического бремени, относимого на счет алкоголя (77, 247, 248).

²¹ Есть и другие подтвержденные практикой способы воздействия отдельно на пьяниц, такие как системы нормирования (246) или вышеупомянутое принудительное поддержание трезвости (224, 235), однако реально самыми обсуждаемыми вариантами мер политики в нынешних условиях в Европейском регионе ВОЗ являются кратковременные вмешательства и лечение (9).

Подытоживая вышеизложенное, следует еще раз отметить, что, хотя в целом за последние 25 лет потребление алкоголя в Европейском регионе ВОЗ снижалось, оно остается одним из главных факторов риска смертности, и общее бремя смертности, относимой на счет алкоголя, за это время несколько увеличилось. Главный вклад в возрастание бремени смертности внесли страны Восточной Европы, в которых произошло существенное повышение коэффициентов смертности, относимой на счет алкоголя. Нужны срочные меры алкогольной политики по снижению бремени смертности, и хотя всего нужнее они в восточной части Региона, большинство других стран тоже могут быстро столкнуться с возросшим бременем относимой на счет алкоголя смертности, если не будут продолжать снижать свои общие уровни потребления алкоголя и число случаев эпизодического употребления алкоголя в больших количествах. (Иллюстрацией может служить пример Соединенного Королевства, где коэффициенты относимой на счет алкоголя смертности повысились после того, как в 90-е годы прошлого столетия в стране возросло потребление алкоголя). На фоне общей неудачи в снижении бремени относимой на счет алкоголя смертности в Европейском регионе ВОЗ за последние 25 лет, несмотря на существование и пропаганду традиционных научно обоснованных мер вмешательства, оправданных с точки зрения соотношения затрат и результатов, видимо, необходимо еще раз подумать о введении дополнительных мер алкогольной политики.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Global status report on alcohol and health. Geneva: World Health Organization; 2014 [Глобальный доклад о положении в области алкоголя и здоровья за 2014 г., на англ. языке] (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf, accessed 6 July 2016).
2. Forouzanfar MH, Alexander L, Anderson HR, Bachman VF, Biryukov S, Brauer M et al. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2015;386:2287–323 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4685753/>, accessed 6 July 2016).
3. Shield KD, Rehm J. The effects of addictive substances and addictive behaviours on physical and mental health. In: Anderson P, Rehm J, Room R, editors. *The impact of addictive substances and behaviours on individual and societal well-being*. Oxford: Oxford University Press; 2015:77–118.
4. Rehm J, Anderson P, Barry J, Dimitrov P, Elekes Z, Feijão F et al. Prevalence of and potential influencing factors for alcohol dependence in Europe. *Eur Addict Res*. 2015;21:6–18 (<http://www.karger.com/Article/Abstract/365284>, accessed 6 July 2016).
5. Zaridze D, Lewington S, Boroda A, Scélo G, Karpov R, Lazarev A et al. Alcohol and mortality in Russia: prospective observational study of 151 000 adults. *Lancet*. 2014;383(9927):1465–73 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4007591/>, accessed 6 July 2016).
6. Deaton A. *The great escape: health, wealth and the origins of inequality*. Princeton: Princeton University Press; 2013.
7. Глобальная стратегия сокращения вредного употребления алкоголя. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2010 г. (http://www.who.int/substance_abuse/activities/gsrhua/ru/, по состоянию на 18 октября 2016 г.).
8. Prevention and control of NCDs: priorities for investment. Discussion paper for the First Global Ministerial Conference on Healthy Lifestyles and Noncommunicable Disease Control, Moscow, 28–29 April 2011 [Профилактика НИЗ и борьба с ними: приоритеты для инвестиций. Дискуссионный документ для Первой глобальной министерской конференции по здоровому образу жизни и неинфекционным заболеваниям, Москва, 28–29 апреля 2011 г., на англ. языке]. Geneva: World Health Organization; 2011 (http://www.who.int/nmh/publications/who_bestbuys_to_prevent_ncds.pdf, accessed 10 July 2016).
9. Европейский план действий по сокращению вредного употребления алкоголя, 2012–2020 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012 г. (<http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/european-action-plan-to-reduce-the-harmful-use-of-alcohol-20122021>, по состоянию на 18 октября 2016 г.).
10. Anderson P, Braddick F, Conrod P, Gual A, Hellman M, Matrai S et al. *The new governance of addictive substances and behaviours*. Oxford: Oxford University Press; 2016.
11. Rehm J, Lachenmeier DW, Jané Llopis E, Imtiaz S, Anderson P. Evidence of reducing ethanol content in beverages to reduce harmful use of alcohol. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2016;1(9):78–83.
12. Teutsch SM, Churchill RE. *Principles and practice of public health surveillance*. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2000.
13. Глобальный план действий по профилактике и контролю неинфекционных заболеваний, 2013–2020 гг. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2013 г. (http://www.who.int/cardiovascular_diseases/15032013_updated_revised_draft_action_plan_russian.pdf по состоянию на 18 октября 2016 г.).
14. Gell L, Ally A, Buyck P, Hope A, Meier P. Alcohol's harm to others: an Institute of Alcohol Studies report. London: Institute of Alcohol Studies; 2015 (<http://www.ias.org.uk/uploads/pdf/IAS%20reports/rp18072015.pdf>, accessed 6 July 2016).
15. Kraus L, Pabst A, Piontek D, Gmel G, Shield KD, Frick H et al. Temporal changes in alcohol-related morbidity and mortality in Germany. *Eur Addict Res*. 2015;21:262–72 (<http://www.karger.com/Article/Abstract/381672>, accessed 6 July 2016).
16. Marmet S, Gmel G, Gmel GJ, Frick H, Rehm J. Alcohol-attributable mortality in Switzerland between 1997 and 2011. Lausanne: Addiction Suisse; 2013. (http://www.addictionsuisse.ch/fileadmin/user_upload/Endbericht_2013_-_Mortalit%C3%A4t.pdf accessed 20 June 2016).
17. Marmet S, Rehm J, Gmel G. The importance of age groups in estimates of alcohol-attributable mortality: impact on trends in Switzerland between 1997 and 2011. *Addiction*. 2016;111:255–62 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/add.13164/abstract>, accessed 6 July 2016).
18. Poznyak V, Fleischmann A, Rekke D, Rylett M, Rehm J, Gmel G. The World Health Organization's Global Monitoring System on Alcohol and Health. *Alcohol Res*. 2013;35:244–9 (<http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arcr352/244-249.htm>, accessed 6 July 2016).

19. Rehm J, Klotsche J, Patra J. Comparative quantification of alcohol exposure as risk factor for global burden of disease. *Int J Methods Psychiatr Res.* 2007;16:66–76 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/mpr.204/abstract>, accessed 6 July 2016).
20. OECD health statistics 2015: definitions, sources and methods. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2016 (<http://www.oecd.org/els/health-systems/Table-of-Content-Metadata-OECD-Health-Statistics-2015.pdf>, accessed 11 July 2016).
21. Lachenmeier DW, Gmel G, Rehm J. Unrecorded alcohol consumption. In: Boyle P, Boffetta P, Lowenfels AB, Burns H, Brawley O, Zatonski W et al., editors. *Alcohol: science, policy, and public health.* Oxford: Oxford University Press; 2013:132–42.
22. Rehm J, Kailasapillai S, Larsen E, Rehm MX, Samokhvalov AV, Shield KD et al. A systematic review of the epidemiology of unrecorded alcohol consumption and the chemical composition of unrecorded alcohol. *Addiction.* 2014;109:880–93 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/add.12498/abstract>, accessed 6 July 2016).
23. Гигиенические средства. Заказ продукции [веб-сайт]. Санкт-Петербург: Роспродторг, 2016 г. (<http://spirit-packet.ru>, по состоянию на 18 октября 2016 г.).
24. Gil A, Polikina O, Koroleva N, McKee M, Tomkins S, Leon DA. Availability and characteristics of nonbeverage alcohols sold in 17 Russian cities in 2007. *Alcohol Clin Exp Res.* 2009;33:79–85 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1530-0277.2008.00813.x/abstract>, accessed 9 July 2016).
25. Global status report on alcohol [Глобальный доклад о ситуации в области алкоголя, 2004 г., на англ. языке]. Geneva: World Health Organization; 2004 (http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_status_report_2004_overview.pdf accessed 6 July 2016).
26. Global status report on alcohol [Глобальный доклад о ситуации в области алкоголя, 1999 г., на англ. языке]. Geneva: World Health Organization; 1999 (http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/GlobalAlcohol_overview.pdf, accessed 6 July 2016).
27. Global status report on alcohol and health [Глобальный доклад о ситуации в области алкоголя, 2011 г., на англ. языке]. Geneva: World Health Organization; 2011 (http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsruprofiles.pdf, accessed 6 July 2016).
28. Rehm J, Larsen E, Lewis-Laietmark C, Gheorghe P, Poznyak V, Rekke D et al. Estimation of unrecorded alcohol consumption in low-, middle-, and high-income economies for 2010. *Alcohol Clin Exp Res.* 2016;40:1283–9 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/acer.13067/abstract>, accessed 6 July 2016).
29. Глобальная информационная система “Алкоголь и здоровье” [онлайн-база данных на англ. языке]. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2016 г. (<http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1022?lang=en&showonly=GISAH>, по состоянию на 18 октября 2016 г.).
30. Rehm J, Poznyak V. On monitoring unrecorded alcohol consumption. *Alkoholizm i Narkomania [Alcoholism and Drug Addiction]*. 2015;28:79–89 (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0867436115000280>, accessed 6 July 2016).
31. Rehm J, Room R, Monteiro M, Gmel G, Graham K, Rehn N et al. Alcohol use. In: Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Murray CJL, editors. *Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors.* Geneva: World Health Organization; 2004:959–1109 (<http://www.who.int/publications/cra/chapters/volume1/0000i-xxiv.pdf>, accessed 6 July 2016).
32. Инструмент STEPS и вспомогательные материалы. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2013 г. (<http://www.who.int/chp/steps/instrument/ru/>, по состоянию на 18 октября 2016 г.).
33. International tourism, number of arrivals [website]. Washington, DC: The World Bank; 2016 (<http://data.worldbank.org/indicator/ST.INT.ARVL>, accessed 25 May 2016).
34. Shield K, Rylett M, Gmel G, Kehoe-Chan T, Rehm J. Global alcohol exposure estimates by country, territory and region for 2005 – a contribution to the Comparative Risk Assessment for the 2010 Global Burden of Disease Study. *Addiction.* 2013;108:912–22 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/add.12112/abstract>, accessed 6 July 2016).
35. World Population Prospects: the 2012 revision [Перспективы мирового населения: прогноз 2012 г., на англ. языке]. New York: United Nations; 2013 (<http://esa.un.org/wpp/>, accessed 6 July 2016).
36. Popova S, Rehm J, Patra J, Zatonski W. Comparing alcohol consumption in central and eastern Europe to other European countries. *Alcohol Alcohol.* 2007;42:465–73 (<http://alcalc.oxfordjournals.org/content/42/5/465.long>, accessed 6 July 2016).
37. Rehm J, Shield KD, Rehm MX, Gmel G, Frick U. Alcohol consumption, alcohol dependence, and attributable burden of disease in Europe: potential gains from effective interventions for alcohol dependence. Toronto: Centre for Addiction and Mental Health; 2012.
38. Room R. Sociocultural aspects of alcohol consumption. In: Boyle P, Boffetta P, Lowenfels AB, Burns H, Brawley O, Zatonski W et al., editors. *Alcohol: science, policy, and public health.* Oxford: Oxford University Press; 2013:38–45.

39. McGovern PE. Ancient wine: the search for the origins of viniculture. Princeton: Princeton University Press; 2003.
40. Engs RC. Do traditional western European drinking practices have origins in antiquity? *Addict Res.* 1995;2:227–39 (<http://www.indiana.edu/~engs/articles/ar1096.htm>, accessed 6 July 2016).
41. Charters S. Wine and society: the social and cultural context of a drink. Oxford: Elsevier Butterworth-Heinemann; 2006.
42. Iontchev A. Central and eastern Europe. In: Grant M, editor. Alcohol and emerging markets: patterns, problems, and responses. Washington, DC: International Center for Alcohol Policies; 1998:177–201.
43. Mäkelä P, Gmel G, Grittner U, Kuendig H, Kuntsche S, Bloomfield K et al. Drinking patterns and their gender differences in Europe. *Alcohol Alcohol Suppl.* 2006;41:8–18 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17030504>, accessed 6 July 2016).
44. Kuntsche E, Kuntsche S, Knibbe R, Simons-Morton B, Farhat T, Hublet A et al. Cultural and gender convergence in adolescent drunkenness: evidence from 23 European and North American countries. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2011;165:152–8 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4133118/>, accessed 6 July 2016).
45. Shield K, Rehm M, Patra J, Sornpaisarn B, Rehm J. Global and country specific adult per capita consumption of alcohol, 2008. *Sucht.* 2011;57:99–117 (https://www.researchgate.net/publication/225040876_Global_and_Country_Specific_Adult_per_capita_Consumption_of_Alcohol_2008, accessed 6 July 2016).
46. Schmidt LA, Mäkelä P, Rehm J, Room R. Alcohol: equity and social determinants. In: Blas E, Kurup AS, editors. Equity, social determinants and public health programmes. Geneva: World Health Organization; 2010:11–29.
47. New country classifications. Washington, DC: The World Bank; 2015. (<http://data.worldbank.org/news/new-country-classifications-2015>, accessed 13 June 2016).
48. Rehm J, Rehn N, Room R, Monteiro M, Gmel G, Jernigan D et al. The global distribution of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking. *Eur Addict Res.* 2003;9:147–56 (http://sites.harvard.edu/fs/docs/icb.topic108992.files/Rehm_2003_Alcohol.pdf, accessed 6 July 2016).
49. Willett WC. The Mediterranean diet: science and practice. *Public Health Nutr.* 2006;9:105–10 (<http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=585588&fileId=S1368980006000243>, accessed 6 July 2016).
50. Gmel G, Rehm J, Kuntsche E. Binge drinking in Europe: definitions, epidemiology, and consequences. *Sucht.* 2003;49:105–16 (https://www.researchgate.net/publication/232564065_Binge_drinking_in_Europe_Definitions_epidemiology_and_consequences, accessed 6 July 2016).
51. Cook S, DeStavola BL, Saburova L, Leon DA. Acute alcohol-related dysfunction as a predictor of employment status in a longitudinal study of working-age men in Izhevsk, Russia. *Addiction.* 2014;109:44–54 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3992905/>, accessed 6 July 2016).
52. Table: Muslim population by country [website]. Washington, DC: Pew Research Center; 2011 (<http://www.pewforum.org/2011/01/27/table-muslim-population-by-country/>, accessed 27 May 2016).
53. Немцов А.В. Алкогольная история России. Новейший период. На англ. языке. Stockholm: Södertörns högskola; 2011 (<http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:425342/FULLTEXT01.pdf>, accessed 6 July 2016).
54. Zaridze D, Brennan P, Boreham J, Boroda A, Karpov R, Lazarev A et al. Alcohol and cause-specific mortality in Russia: a retrospective case-control study of 48,557 adult deaths. *Lancet.* 2009;373:2201–14 ([http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(09\)61034-5/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(09)61034-5/fulltext), accessed 6 July 2016).
55. Leon DA, Shkolnikov VM, McKee M. Alcohol and Russian mortality: a continuing crisis. *Addiction.* 2009;104:1630–6 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1360-0443.2009.02655.x/abstract>, accessed 11 July 2016).
56. Grigoriev P, Andreev EM. The huge reduction in adult male mortality in Belarus and Russia: is it attributable to anti-alcohol measures? *PLoS One.* 2015;10:e138021 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4574310/>, accessed 6 July 2016).
57. Neufeld M, Rehm J. Alcohol consumption and mortality in Russia since 2000: are there any changes following the alcohol policy changes starting in 2006? *Alcohol Alcohol.* 2013;48:222–30 (<http://alcalc.oxfordjournals.org/content/48/2/222.long>, accessed 6 July 2016).
58. de Goeij MC, Suhrcke M, Toffolutti V, van de Mheen D, Schoenmakers TM, Kunst AE. How economic crises affect alcohol consumption and alcohol-related health problems: a realist systematic review. *Soc Sci Med.* 2015;131:131–46 (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953615001082>, accessed 6 July 2016).
59. Dubanowicz A, Lemmens P. Impact of the economic recession on addiction-prone behaviours. In: Anderson P, Rehm J, Room R, editors. The impact of addictive substances and behaviours on individual and societal well-being. Oxford: Oxford University Press; 2015:161–80.
60. Popovici I, French MT. Does unemployment lead to greater alcohol consumption? *Ind Relat.* 2013;52:444–66 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3609661/>, accessed 6 July 2016).

61. Gual A, Colom J. Why has alcohol consumption declined in countries of southern Europe? *Addiction*. 1997;92:S21–S31 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1360-0443.1997.tb03392.x/abstract>, accessed 6 July 2016).
62. Pyörälä E. Trends in alcohol consumption in Spain, Portugal, France and Italy from the 1950s until the 1980s. *Br J Addict*. 1990; 85:469–77.
63. Sulkunen P. Drinking in France 1965–1979. An analysis of household consumption data. *Br J Addict*. 1989;84:61–72 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1360-0443.1989.tb00552.x/abstract>, accessed 6 July 2016).
64. Room R, Jernigan D, Carlini BH, Gmel G, Gureje O, Mäkelä K et al. El alcohol y los países en desarrollo. Una perspectiva de salud pública. Mexico: Organización Panamericana de la Salud & Fondo de Cultura Económica; 2013.
65. Room R, Babor T, Rehm J. Alcohol and public health. *Lancet*. 2005;365:519–30 ([http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(05\)17870-2/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(05)17870-2/abstract), accessed 6 July 2016).
66. Rehm J. What can we learn from Russia about alcohol epidemiology and alcohol policy? *Lancet*. 2014;383:1440–2.
67. Kontis V, Mathers CD, Bonita R, Stevens GA, Rehm J, Shield KD et al. Regional contributions of six preventable risk factors to achieving the 25×25 non-communicable disease mortality reduction target: a modelling study. *Lancet Glob Health*. 2015;3:e746–e57 ([http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(15\)00179-5/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(15)00179-5/fulltext), accessed 6 July 2016).
68. Rehm J, Lachenmeier DW, Room R. Why does society accept a higher risk for alcohol than for other voluntary or involuntary risks? *BMC Med*. 2014;12:189 (<http://bmcmecine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-014-0189-z>, accessed 8 July 2016).
69. Lachenmeier DW, Rehm J. Comparative risk assessment of alcohol, tobacco, cannabis and other illicit drugs using the margin of exposure approach. *Sci Rep*. 2015;5:8126 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4311234/>, accessed 11 July 2016).
70. van Amsterdam J, Nutt D, Phillips L, van den Brink W. European rating of drug harms. *J Psychopharmacol*. 2015;29:655–60 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25922421>, accessed 11 July 2016).
71. Tang YL, Xiang XJ, Wang XY, Cubells JF, Babor TF, Hao W. Alcohol and alcohol-related harm in China: policy changes needed. *Bull World Health Organ*. 2013;91:270–6 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3629448/>, accessed 6 July 2016).
72. Devaux M, Sassi F. Trends in alcohol consumption in OECD countries. In: Sassi F, editor. *Tackling harmful alcohol use: economics and public health policy*. Paris: OECD Publishing; 2015:39–60.
73. Ferreira-Borges C, Rehm J, Dias S, Babor T, Parry CD. The impact of alcohol consumption on African people in 2012: an analysis of burden of disease. *Trop Med Int Health*. 2016;21:52–60 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/tmi.12618/abstract>, accessed 6 July 2016).
74. Murray CJL, Salomon J, Mathers C, Lopez A. Summary measures of population health: concepts, ethics, measurement and applications. Geneva: World Health Organization; 2002 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42439/1/9241545518.pdf>, accessed 6 July 2016).
75. Ogeil RP, Gao CX, Rehm J, Gmel G, Lloyd B. Temporal changes in alcohol-related mortality and morbidity in Australia. *Addiction*. 2016;111:626–34 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/add.13213/abstract>, accessed 6 July 2016).
76. Livingston M, Matthews S, Barratt M, Lloyd B, Room R. Diverging trends in alcohol consumption and alcohol-related harm in Victoria. *Aust N Z J Public Health*. 2010;34:368–73 (http://www.academia.edu/378680/Diverging_Trends_In_Alcohol_Consumption_and_Alcohol_related_Harm_In_Victoria, accessed 6 July 2016).
77. Rehm J, Mathers C, Popova S, Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Patra J. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet*. 2009;373:2223–33 ([http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(09\)60746-7/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(09)60746-7/abstract), accessed 6 July 2016).
78. Rehm J, Baliunas D, Borges GL, Graham K, Irving H, Kehoe T et al. The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview. *Addiction*. 2010;105:817–43 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3306013/>, accessed 6 July 2016).
79. Shield KD, Rehm J. Alcohol, impact on health. Reference Module in Biomedical Sciences. Amsterdam: Elsevier; 2014.
80. Shield KD, Kehoe T, Gmel G, Rehm MX, Rehm J. Societal burden of alcohol. In: Anderson P, Møller L, Galea G, editors. *Alcohol in the European Union: consumption, harm and policy approaches*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012:10–28 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/160680/e96457.pdf, accessed 6 July 2016).
81. Shield KD, Rylett MJ, Gmel G, Rehm J. Trends in alcohol consumption and alcohol-attributable mortality in the EU in 2010. In: *Status report on alcohol and health in 35 European countries*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/190430/Status-Report-on-Alcohol-and-Health-in-35-European-Countries.pdf, accessed 6 July 2016).

82. Global Burden of Disease (GBD). Seattle: Institute for Health Metrics and Evaluation; 2013 (<http://www.healthdata.org/gbd>, accessed 4 July 2016).
83. Lopez AD, Williams TN, Levin A, Tonelli M, Singh JA, Burney PJG et al. Remembering the forgotten non-communicable diseases. *BMC Med.* 2014;12:200 (<http://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-014-0200-8>, accessed 6 July 2016).
84. Mokdad AA, Lopez AD, Shhraz S, Lozano R, Mokdad AH, Stanaway J et al. Liver cirrhosis mortality in 187 countries between 1980 and 2010: a systematic analysis. *BMC Med.* 2014;12:145 (<http://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-014-0145-y>, accessed 6 July 2016).
85. Blachier M, Leleu H, Peck-Radosavljevic M, Valla DC, Roudot-Thoraval F. The burden of liver disease in Europe: a review of available epidemiological data. Geneva: European Association for the Study of the Liver; 2013 (http://www.easl.eu/medias/EASLimg/Discover/EU/54ae845caec619f_file.pdf, accessed 6 July 2016).
86. Rush B. An inquiry into the effects of ardent spirits upon the human body and mind: with an account of the means of preventing, and of the remedies for curing them. 8th edition. Reprint. Exeter: Richardson; 1785.
87. Rehm J, Taylor B, Mohapatra S, Irving H, Baliunas D, Patra J et al. Alcohol as a risk factor for liver cirrhosis: a systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Rev.* 2010;29:437–45.
88. Lachenmeier DW, Kanteres F, Rehm J. Epidemiology-based risk assessment using the benchmark dose/margin of exposure approach: the example of ethanol and liver cirrhosis. *Int J Epidemiol.* 2011;40:210–8 (<http://ije.oxfordjournals.org/content/40/1/210.long>, accessed 6 July 2016).
89. Rehm J, Samokhvalov AV, Shield KD. Global burden of alcoholic liver diseases. *J Hepatol.* 2013;59:160–8 ([http://www.journal-of-hepatology.eu/article/S0168-8278\(13\)00184-0/abstract](http://www.journal-of-hepatology.eu/article/S0168-8278(13)00184-0/abstract), accessed 6 July 2016).
90. Zatonski W, Sulkowska U, Manczuk M, Rehm J, Lowenfels AB, La Vecchia C. Liver cirrhosis mortality in Europe, with special attention to central and eastern Europe. *Eur Addict Res.* 2010;16:193–201 (<http://www.karger.com/Article/Abstract/317248>, accessed 6 July 2016).
91. IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. Volume 44. Alcohol drinking. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 1988 (<http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol44/mono44.pdf>, accessed 6 July 2016).
92. IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. Volume 96. Alcohol consumption and ethyl carbamate. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2010 (<http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol96/mono96.pdf>, accessed 6 July 2016).
93. IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. Volume 100E. Personal habits and indoor combustions. A review of human carcinogens. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2012 (<http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol100E/mono100E.pdf>, accessed 6 July 2016).
94. Rehm J, Shield K. Alcohol consumption. In: Steward BW, Wild CP, editors. *World cancer report*. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2014:97–107.
95. Bagnardi V, Rota M, Botteri E, Tramacere I, Islami F, Fedirko V et al. Alcohol consumption and site-specific cancer risk: a comprehensive dose-response meta-analysis. *Br J Cancer.* 2015;112:580–93 (<http://www.nature.com/bjc/journal/v112/n3/full/bjc2014579a.html>, accessed 6 July 2016).
96. Shield KD, Parry C, Rehm J. Chronic diseases and conditions related to alcohol use. *Alcohol Res.* 2013;35:155–71 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3908707/>, accessed 6 July 2016).
97. Shield KD, Soerjomataram I, Rehm J. Alcohol use and breast cancer: a critical review. *Alcohol Clin Exp Res.* 2016;40:1166–81 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/acer.13071/abstract>, accessed 6 July 2016).
98. Praud D, Rota M, Rehm J, Shield K, Zatoński W, Hashibe M et al. Cancer incidence and mortality attributable to alcohol consumption. *Int J Cancer.* 2016;138:1380–7 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijc.29890/abstract>, accessed 6 July 2016).
99. Schütze M, Boeing H, Pischon T, Rehm J, Kehoe T, Gmel G et al. Alcohol attributable burden of incidence of cancer in eight European countries based on results from prospective cohort study. *BMJ.* 2011;342:d1584 (<http://www.bmj.com/content/342/bmj.d1584.long>, accessed 6 July 2016).
100. Roerecke M, Rehm J. Alcohol intake revisited: risks and benefits. *Curr Atheroscler Rep.* 2012;14:556–62 (<http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11883-012-0277-5>, accessed 6 July 2016).
101. Rehm J, Shield KD, Roerecke M, Gmel G. Modelling the impact of alcohol consumption on cardiovascular disease mortality for comparative risk assessments: an overview. *BMC Public Health.* 2016;16:363 (<https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-016-3026-9>, accessed 6 July 2016).
102. Roerecke M, Rehm J. The cardioprotective association of average alcohol consumption and ischaemic heart disease: a systematic review and meta-analysis. *Addiction.* 2012;107:1246–60 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3348338/>, accessed 7 July 2016).
103. Patra J, Taylor B, Irving H, Roerecke M, Baliunas D, Mohapatra S et al. Alcohol consumption and the risk of morbidity and mortality from different stroke types – a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health.* 2010;10:258 (<http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-10-258>, accessed 7 July 2016).

104. Roerecke M, Rehm J. Alcohol consumption, drinking patterns, and ischemic heart disease: a narrative review of meta-analyses and a systematic review and meta-analysis of the impact of heavy drinking occasions on risk for moderate drinkers. *BMC Med.* 2014;12:182 (<http://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-014-0182-6>, accessed 7 July 2016).
105. Roerecke M, Rehm J. Chronic heavy drinking and ischaemic heart disease: a systematic review and meta-analysis. *Open Heart.* 2014;1:e000135 (<http://openheart.bmj.com/content/1/1/e000135.full>, accessed 7 July 2016).
106. Roerecke M, Rehm J. Irregular heavy drinking occasions and risk of ischemic heart disease: a systematic review and meta-analysis. *Am J Epidemiol.* 2010;171:633–44 (<http://aje.oxfordjournals.org/content/171/6/633.long>, accessed 7 July 2016).
107. Taylor B, Irving HM, Baliunas D, Roerecke M, Patra J, Mohapatra S et al. Alcohol and hypertension: gender differences in dose-response relationships determined through systematic review and meta-analysis. *Addiction.* 2009;104:1981–90 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1360-0443.2009.02694.x/abstract>, accessed 7 July 2016).
108. Samokhvalov AV, Irving HM, Rehm J. Alcohol as a risk factor for atrial fibrillation: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil.* 2010;17:706–12 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3065072/>, accessed 7 July 2016).
109. Shield K, Rehm J. Russia-specific relative risks and their effects on the estimated alcohol-attributable burden of disease. *BMC Public Health.* 2015;15:482 (<http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-015-1818-y>, accessed 7 July 2016).
110. Ezzati M, Obermeyer Z, Tzoulaki I, Mayosi BM, Elliott P, Leon DA. Contributions of risk factors and medical care to cardiovascular mortality trends. *Nat Rev Cardiol.* 2015;12:508–30 (<http://www.nature.com/nrcardio/journal/v12/n9/full/nrcardio.2015.82.html>, accessed 7 July 2016).
111. Naimi TS, Stockwell T, Zhao J, Xuan Z, Dangardt F, Saitz R et al. Selection biases in observational studies affect associations between ‘moderate’ alcohol consumption and mortality. *Addiction.* 2016; epub ahead of print (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/add.13451/abstract>, accessed 7 July 2016).
112. Holmes MV, Dale CE, Zuccolo L, Silverwood RJ, Guo Y, Ye Z et al. Association between alcohol and cardiovascular disease: Mendelian randomisation analysis based on individual participant data. *BMJ.* 2014;349:g4164 (<http://www.bmj.com/content/349/bmj.g4164.long>, accessed 7 July 2016).
113. Roerecke M, Rehm J. Alcohol and ischaemic heart disease risk—finally moving beyond interpretation of observational epidemiology. *Addiction.* 2015;110:723–5 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/add.12787/full>, accessed 7 July 2016).
114. Hemström Ö. Per capita alcohol consumption and ischaemic heart disease mortality. *Addiction.* 2001;96:S93–112 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1360-0443.96.1s1.8.x/abstract>, accessed 7 July 2016).
115. Brien SE, Ronksley PE, Turner BJ, Mukamal KJ, Ghali WA. Effect of alcohol consumption on biological markers associated with risk of coronary heart disease: systematic review and meta-analysis of interventional studies. *BMJ.* 2011;342:d636 (<http://www.bmj.com/content/342/bmj.d636>, accessed 7 July 2016).
116. Puddey IB, Rakic V, Dimmitt SB, Beilin LJ. Influence of pattern of drinking on cardiovascular disease and cardiovascular risk factors – a review. *Addiction.* 1999;94:649–63 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1360-0443.1999.9456493.x/abstract>, accessed 7 July 2016).
117. Rehm J, Sempos C, Trevisan M. Average volume of alcohol consumption, patterns of drinking and risk of coronary heart disease – a review. *J Cardiovasc Risk.* 2003;10:15–20 (<http://cpr.sagepub.com/content/10/1/15.abstract>, accessed 7 July 2016).
118. Cherpitel CJ. Focus on: the burden of alcohol use – trauma and emergency outcomes. *Alcohol Res.* 2013;35:150–4 (<http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arcr352/150-154.htm>, accessed 7 July 2016).
119. Rehm J. The risks associated with alcohol use and alcoholism. *Alcohol Res Health.* 2011;34:135–43 (<http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh342/135-143.htm>, accessed 7 July 2016).
120. Shield KD, Gmel G, Patra J, Rehm J. Global burden of injuries attributable to alcohol consumption in 2004: a novel way of calculating the burden of injuries attributable to alcohol consumption. *Popul Health Metr.* 2012;10:9 (<https://pophealthmetrics.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-7954-10-9>, accessed 7 July 2016).
121. Navarro HJ, Doran CM, Shakeshaft AP. Measuring costs of alcohol harm to others: a review of the literature. *Drug Alcohol Depend.* 2011;114:87–99 ([http://www.drugandalcoholdependence.com/article/S0376-8716\(10\)00405-9/abstract](http://www.drugandalcoholdependence.com/article/S0376-8716(10)00405-9/abstract), accessed 7 July 2016).
122. Eckardt M, File S, Gessa G, Grant KA, Guerri C, Hoffman PL et al. Effects of moderate alcohol consumption on the central nervous system. *Alcohol Clin Exp Res.* 1998;22:998–1040 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1530-0277.1998.tb03695.x/abstract>, accessed 7 July 2016).
123. Clausen T, Martinez P, Towers A, Greenfield T, Kowal P. Alcohol consumption at any level increases risk of injury caused by others: data from the Study on Global AGEing and Adult Health. *Subst Abuse.* 2016;9:125–32 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4878716/>, accessed 7 July 2016).

124. Cherpitel C, Ye Y, Bond J, Borges G, Monteiro M, Chou P et al. Alcohol attributable fraction for injury morbidity from the dose-response relationship of acute alcohol consumption: emergency department data from 18 countries. *Addiction*. 2015;110:1724–32 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/add.13031/abstract>, accessed 7 July 2016).
125. Taylor B, Irving HM, Kanteres F, Room R, Borges G, Cherpitel C et al. The more you drink, the harder you fall: a systematic review and meta-analysis of how acute alcohol consumption and injury or collision risk increase together. *Drug Alcohol Depend*. 2010;110:108–16 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2887748/>, accessed 7 July 2016).
126. Rehm J, Kehoe T, Gmel G, Stinson F, Grant B, Gmel G. Statistical modeling of volume of alcohol exposure for epidemiological studies of population health: the US example. *Popul Health Metr*. 2010;8: 3 (<http://pophealthmetrics.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-7954-8-3>, accessed 7 July 2016).
127. Kehoe T, Gmel G, Shield KD, Gmel G, Rehm J. Determining the best population-level alcohol consumption model and its impact on estimates of alcohol-attributable harms. *Popul Health Metr*. 2012;10:6 (<http://pophealthmetrics.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-7954-10-6>, accessed 7 July 2016).
128. Corrao G, Bagnardi V, Zambon A, La Vecchia C. A meta-analysis of alcohol consumption and the risk of 15 diseases. *Prev Med*. 2004;38:613–9 (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091743503003384>, accessed 7 July 2016).
129. Riley EP, Infante MA, Warren KR. Fetal alcohol spectrum disorders: an overview. *Neuropsychol Rev*. 2011;21:73–80 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3779274/>, accessed 7 July 2016).
130. Popova S, Lange S, Shield KD, Mihic A, Chudley AE, Mukherjee RA et al. Comorbidity of fetal alcohol spectrum disorder: a systematic literature review and metaanalysis. *Lancet*. 2016;387:978–87 ([http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)01345-8/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)01345-8/abstract), accessed 7 July 2016).
131. Patra J, Bakker R, Irving H, Jaddoe VWV, Malini S, Rehm J. Dose-response relationship between alcohol consumption before and during pregnancy and the risks of low birthweight, preterm birth and small for gestational age (SGA)—a systematic review and meta-analyses. *BJOG*. 2011;118:1411–21 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3394156/>, accessed 7 July 2016).
132. Bushman B, Cooper H. Effects of alcohol on human aggression: an integrative research review. *Psychol Bull*. 1990;107:341–54 (<http://psycnet.apa.org/journals/bul/107/3/341/>, accessed 7 July 2016).
133. Доклад о состоянии безопасности дорожного движения в мире 2015 [полная версия на английском языке]. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/189242/1/9789241565066_eng.pdf?ua=1, accessed 7 July 2016).
134. Walter SD. The estimation and interpretation of attributable risk in health research. *Biometrics*. 1976;32:829–49 (https://www.jstor.org/stable/2529268?seq=1#page_scan_tab_contents, accessed 7 July 2016).
135. Walter SD. Prevention of multifactorial disease. *Am J Epidemiol*. 1980;112:409–16 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7424889>, accessed 7 July 2016).
136. Ezzati M, Hoorn SV, Lopez AD, Danaei G, Rodgers A, Mathers CD et al. Comparative quantification of mortality and burden of disease attributable to selected risk factors. In: Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJL, editors. *Global burden of disease and risk factors*. Washington, DC: The World Bank; 2006:241–68 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11813/>, accessed 7 July 2016).
137. GBD Compare. Seattle: Institute of Health Metrics and Evaluation; 2016. (<http://www.webcitation.org/6iKjXLK2n>, accessed 1 April 2016).
138. Doll R, Payne P, Waterhouse J. *Cancer incidence in five continents: a technical report*. Berlin: Springer-Verlag; 1966.
139. European Association for the Study of the Liver. EASL clinical practical guidelines: management of alcoholic liver disease. *J Hepatol*. 2012;57:399–420 ([http://www.journal-of-hepatology.eu/article/S0168-8278\(12\)00288-7/fulltext](http://www.journal-of-hepatology.eu/article/S0168-8278(12)00288-7/fulltext), accessed 7 July 2016).
140. Roerecke M, Nanau R, Rehm J, Neuman M. Ethnicity matters: a systematic review and meta-analysis of the non-linear relationship between alcohol consumption and prevalence and incidence of hepatic steatosis. *EBioMedicine*. 2016;8:317–30 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4919723/>, accessed 7 July 2016).
141. Zatonski W, Manczuk M, Sulkowska U, HEM project team. *Closing the health gap in European Union*. Warsaw: Cancer Epidemiology and Prevention Division, the Maria Skłodowska-Curie Memorial Cancer Center and Institute of Oncology; 2008 (<http://www.hem.waw.pl/index.php?idm=87,139&cmd=1>, accessed 7 July 2016).
142. Leibach WK. Cirrhosis in the alcoholic and its relation to the volume of alcohol abuse. *Ann NY Acad Sci*. 1975;252:85–105 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1749-6632.1975.tb19146.x/abstract>, accessed 7 July 2016).
143. Hall P. *Alcoholic liver disease: pathobiology, epidemiology and clinical aspects*. New York: John Wiley & Sons; 1985.

144. Marugame T, Yamamoto S, Yoshimi I, Sobue T, Inoue M, Tsugane S. Patterns of alcohol drinking and all-cause mortality: results from a large-scale population-based cohort study in Japan. *Am J Epidemiol.* 2007;165:1039–46 (<http://aje.oxfordjournals.org/content/165/9/1039.long>, accessed 7 July 2016).
145. Rehm J, Roerecke M. Patterns of drinking and liver cirrhosis – what do we know and where do we go? *J Hepatol.* 2015;62:1000–1 ([http://www.journal-of-hepatology.eu/article/S0168-8278\(15\)00058-6/fulltext](http://www.journal-of-hepatology.eu/article/S0168-8278(15)00058-6/fulltext), accessed 7 July 2016).
146. Holmes J, Meier PS, Booth A, Guo Y, Brennan A. The temporal relationship between per capita alcohol consumption and harm: a systematic review of time lag specifications in aggregate time series analyses. *Drug Alcohol Depend.* 2012;123:7–14 ([http://www.drugandalcoholdependence.com/article/S0376-8716\(11\)00527-8/abstract](http://www.drugandalcoholdependence.com/article/S0376-8716(11)00527-8/abstract), accessed 7 July 2016).
147. Kim AS, Johnston SC. Global variation in the relative burden of stroke and ischemic heart disease. *Circulation.* 2011;124:314–23 (<http://circ.ahajournals.org/content/124/3/314.long>, accessed 7 July 2016).
148. Truelsen T, Begg S, Mathers C. The global burden of cerebrovascular disease. Geneva: World Health Organization; 2000 (http://www.who.int/healthinfo/statistics/bod_cerebrovasculardiseasestroke.pdf, accessed 7 July 2016).
149. Pagidipati NJ, Gaziano TA. Estimating deaths from cardiovascular disease: a review of global methodologies of mortality measurement. *Circulation.* 2013;127:749–56 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3712514/>, accessed 11 July 2016).
150. Gmel G, Rehm J. Measuring alcohol consumption. *Contemp Drug Probl.* 2004;31:467–540.
151. Roerecke M, Shield KD, Higuchi S, Yoshimura A, Larsen E, Rehm MX et al. Estimates of alcohol-related oesophageal cancer burden in Japan: systematic review and meta-analyses. *Bull World Health Organ.* 2015;93:329–38c (<http://www.who.int/bulletin/volumes/93/5/14-142141.pdf?ua=1>, accessed 7 July 2016).
152. Collins D, Lapsley H, Brochu S, Easton B, Pérez-Gómez, A, Rehm J et al. International guidelines for the estimation of the avoidable costs of substance abuse. Ottawa: Health Canada; 2006 (http://alcsmart.ipin.edu.pl/files/cb04a_international_guidelines.pdf, accessed 7 July 2016).
153. Rehm J, Taylor B, Patra J, Gmel G. Avoidable burden of disease: conceptual and methodological issues in substance abuse epidemiology. *Int J Methods Psychiatr Res.* 2006;15:181–91 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17266014>, accessed 7 July 2016).
154. Tackling liver disease in the UK: a Lancet Commission. *Lancet.* 2014;384:1902 ([http://thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)62263-7/fulltext](http://thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)62263-7/fulltext), accessed 7 July 2016).
155. Case A, Deaton A. Rising morbidity and mortality in midlife among white non-Hispanic Americans in the 21st century. *Proc Natl Acad Sci USA.* 2015;112:15078–83 (<http://www.pnas.org/content/112/49/15078.long>, accessed 7 July 2016).
156. Rehm J, Anderson P, Fischer B, Gual A, Room R. Policy implications of marked reversals of population life expectancy caused by substance use. *BMC Med.* 2016;14:42 (<http://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-016-0590-x>, accessed 7 July 2016).
157. Ramstedt M. Liver cirrhosis mortality in 15 European countries: differences and trends during the post-war period. *Nordisk Alkohol Nark.* 1999;16:55–73 (<http://www.nordicwelfare.org/PageFiles/29657/Liver%20cirrhosis%20mortality%20in%2015%20European%20countries.pdf>, accessed 7 July 2016).
158. Haagsma JA, Graetz N, Bolliger I, Naghavi M, Higashi H, Mullany EC et al. The global burden of injury: incidence, mortality, disability-adjusted life years and time trends from the Global Burden of Disease study 2013. *Inj Prev.* 2016;22:3–18 (<http://injuryprevention.bmj.com/content/early/2015/10/20/injuryprev-2015-041616.full>, accessed 7 July 2016).
159. Rehm J, Roerecke M. Reduction of drinking in problem drinkers and all-cause mortality. *Alcohol Alcohol.* 2013;48:509–13 (<http://alcalc.oxfordjournals.org/content/48/4/509.long>, accessed 7 July 2017).
160. Nutt DJ, Rehm J. Doing it by numbers: a simple approach to reducing the harms of alcohol. *J Psychopharmacol.* 2014;28:3–7 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24399337>, accessed 7 July 2016).
161. Rehm J, Zatonski W, Taylor B, Anderson P. Epidemiology and alcohol policy in Europe. *Addiction.* 2011;106:11–9 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1360-0443.2010.03326.x/abstract>, accessed 8 July 2016).
162. Leon DA. Trends in European life expectancy: a salutary view. *Int J Epidemiol.* 2011;40:271–7 (<http://ije.oxfordjournals.org/content/40/2/271.long>, accessed 7 July 2016).
163. List of Member States by WHO region and mortality stratum. In: Cost effectiveness and strategic planning (WHO-CHOICE) [website]. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://www.who.int/choice/demography/mortality_strata/en/ accessed 11 July 2016).
164. European Region. In: Cost effectiveness and strategic planning (WHO-CHOICE) [website]. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://www.who.int/entity/choice/demography/euro_region/en/index.html, accessed 11 July 2016).

165. Rehm J, Patra J, Popova L. Alcohol drinking cessation and its effect on oesophageal and head and neck cancers: a pooled analysis. *Int J Cancer*. 2007;121:1132–7 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijc.22798/abstract>, accessed 7 July 2016).
166. Heckley GA, Jarl J, Asamoah BO, G-Gerdtham U. How the risk of liver cancer changes after alcohol cessation: a review and meta-analysis of the current literature. *BMC Cancer*. 2011;11:446 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3229519/>, accessed 7 July 2016).
167. Jarl J, Gerdtham UG. Time pattern of reduction in risk of oesophageal cancer following alcohol cessation—a meta-analysis. *Addiction*. 2012;107:1234–43 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1360-0443.2011.03772.x/abstract>, accessed 7 July 2016).
168. Ahmad-Kiadaliri A, Jarl J, Gavriilidis G, Gerdtham UG. Alcohol drinking cessation and the risk of laryngeal and pharyngeal cancers: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2013;8:e58158 (<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0058158>, accessed 7 July 2016).
169. Leon DA, Chenet L, Shkolnikov V, Zakharov S, Shapiro J, Rakhmanova G et al. Huge variation in Russian mortality rates 1984–94: artefact, alcohol, or what? *Lancet*. 1997;350:383–8 ([http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(97\)03360-6/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(97)03360-6/abstract), accessed 7 July 2016).
170. Shkolnikov VM, Meslé F, Vallin J. Recent trends in life expectancy and causes of death in Russia, 1970–1993. In: Bobadilla JL, Costello CA, Mitchell F, editors. *Premature death in the New Independent States*. Washington, DC: The National Academy Press; 1997:34–65 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK233397/>, accessed 7 July 2016).
171. Rehm J, Scafato E. Indicators of alcohol consumption and attributable harm for monitoring and surveillance in European Union countries. *Addiction*. 2011;106:4–10 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1360-0443.2010.03323.x/abstract>, accessed 7 July 2016).
172. Rehm J, Room R. Monitoring of alcohol use and attributable harm from an international perspective. *Contemp Drug Probl*. 2009;36:575–88.
173. Tsochatzis EA, Bosch J, Burroughs AK. Liver cirrhosis. *Lancet*. 2014;383:1749–61 ([http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)60121-5/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)60121-5/abstract), accessed 7 July 2016).
174. Zhang C, Qin YY, Chen Q, Jiang H, Chen XZ, Xu CL et al. Alcohol intake and risk of stroke: a dose-response meta-analysis of prospective studies. *Int J Cardiol*. 2014;174:669–77 ([http://www.internationaljournalofcardiology.com/article/S0167-5273\(14\)00907-3/abstract](http://www.internationaljournalofcardiology.com/article/S0167-5273(14)00907-3/abstract), accessed 7 July 2016).
175. Leon DA, Saburova L, Tomkins S, Andreev E, Kiryanov N, McKee M et al. Hazardous alcohol drinking and premature mortality in Russia: a population based case-control study. *Lancet*. 2007;369:2001–9 ([http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(07\)60941-6/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(07)60941-6/abstract), accessed 7 July 2016).
176. Sidorenkov O, Nilssen O, Nieboer E, Kleshchinov N, Grijibovski AM. Premature cardiovascular mortality and alcohol consumption before death in Arkhangelsk, Russia: an analysis of a consecutive series of forensic autopsies. *Int J Epidemiol*. 2011;40:1519–29 (<http://ije.oxfordjournals.org/content/40/6/1519.long>, accessed 7 July 2016).
177. Leon DA, Ezzati M. High cardiovascular mortality in Russia: role of alcohol versus smoking, blood pressure, and treatment. *Nat Rev Cardiol*. 2015;12:740 (<http://www.nature.com/nrcardio/journal/v12/n12/full/nrcardio.2015.167.html>, accessed 7 July 2016).
178. Razvodovsky YE. Alcohol-attributable fraction of ischemic heart disease mortality in Russia. *Int Sch Res Notices: Cardiology*. 2013;15:287869 (<http://www.hindawi.com/journals/ismn/2013/287869/>, accessed 7 July 2016).
179. Razvodovsky YE. Fraction of stroke mortality attributable to alcohol consumption in Russia [Article in English, Spanish]. *Adicciones*. 2014;26:126–33 (<http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/14>, accessed 7 July 2016).
180. Razvodovsky YE. Contribution of alcohol to hypertension mortality in Russia. *J Addict*. 2014;483910 (<http://www.hindawi.com/journals/jad/2014/483910/>, accessed 7 July 2016).
181. Razvodovsky YE. Aggregate level beverage specific effect of alcohol sale on myocardial infarction mortality rate [Article in English, Spanish]. *Adicciones*. 2009;21:229–37 (<http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/233>, accessed 7 July 2016).
182. Andreev E, Bogoyavlensky D, Stickley A. Comparing alcohol mortality in Tsarist and contemporary Russia: is the current situation historically unique? *Alcohol Alcohol*. 2013;48:215–21 (<http://alcalc.oxfordjournals.org/content/48/2/215.long>, accessed 7 July 2016).
183. Zaridze D, Maximovitch D, Lazarev A, Igitov V, Boroda A, Boreham J et al. Alcohol poisoning is a main determinant of recent mortality trends in Russia: evidence from a detailed analysis of mortality statistics and autopsies. *Int J Epidemiol*. 2009;38:143–53 (<http://ije.oxfordjournals.org/content/38/1/143.long>, accessed 7 July 2016).
184. Тишук Е.А. Медико-статистические аспекты действия алкоголя как причины смертности населения. *Здравоохранение Российской Федерации*. 1997;2:34–6.

185. Боева А.В., Зимина Л.А., Семенов А.В. Характеристика смертности населения г. Иркутска от внешних причин и некоторых заболеваний на фоне приема этилового спирта. *Бюллетень ВСНЦ СО РАМН*. 2013;3:141–3.
186. Tuusov J, Tõnisson VK, Riikoja A, Denisov G, Väli M. Fatal poisoning in Estonia 2000–2009. Trends in illegal drug-related deaths. *J Forensic Leg Med*. 2013;20:51–6 ([http://www.jflmjournal.org/article/S1752-928X\(12\)00096-0/abstract](http://www.jflmjournal.org/article/S1752-928X(12)00096-0/abstract), accessed 7 July 2016).
187. Ringmets I, Tuusov J, Lang K, Väli M, Pärna K, Tõnisson M et al. Alcohol and premature death in Estonian men: a study of forensic autopsies using novel biomarkers and proxy informants. *BMC Public Health*. 2012;12:146 (<http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-146>, accessed 7 July 2016).
188. Rehm J. Commentary: alcohol poisoning in Russia: implications for monitoring and comparative risk factor assessment. *Int J Epidemiol*. 2009;38:154–5 (<http://ije.oxfordjournals.org/content/38/1/154.full>, accessed 7 July 2016).
189. Немцов А.В. Алкогольный урон регионов России. Москва: NALEX; 2003 г.
190. Gender Inequality Index (GII). New York: United Nations Development Programme; 2015 [Индекс гендерного неравенства. Нью-Йорк, Программа развития Организации Объединенных Наций] (<http://hdr.undp.org/en/content/gender-inequality-index-gii>, по состоянию на 18 октября 2016 г.).
191. Sorenson SB. Gender disparities in injury mortality: consistent, persistent, and larger than you'd think. *Am J Public Health*. 2011;101:S353–8 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3222499/>, accessed 11 July 2016).
192. Szücs S, Sárváry A, McKee M, Adány R. Could the high level of cirrhosis in central and eastern Europe be due partly to the quality of alcohol consumed? An exploratory investigation. *Addiction*. 2005;100:536–42 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1360-0443.2005.01009.x/abstract>, accessed 7 July 2016).
193. Lachenmeier DW, Rehm J. What is the main source of human exposure to higher alcohols and is there a link to immunotoxicity? *Immunopharmacol Immunotoxicol*. 2013;35:451–3 (<http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/08923973.2013.794147>, accessed 7 July 2016).
194. Lachenmeier D, Haupt S, Schulz K. Defining maximum levels of higher alcohols in alcoholic beverages and surrogate alcohol products. *Regul Toxicol Pharmacol*. 2008;50:313–21 (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0273230008000032>, accessed 7 July 2016).
195. Bhattacharya J, Gathmann C, Miller G. The Gorbachev anti-alcohol campaign and Russia's mortality crisis. *Am Econ J Appl Econ*. 2013;5:232–60 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3818525/>, accessed 7 July 2016).
196. Room R. Commentary: pattern of drinking and the Russian heart. *Int J Epidemiol*. 2005;34:788–90 (<http://ije.oxfordjournals.org/content/34/4/788.long>, accessed 8 July 2016).
197. Allamani A, Prina F. Why the decrease in consumption of alcoholic beverages in Italy between the 1970s and 2000s? Shedding light on an Italian mystery. *Contemp Drug Probl*. 2007;34:187–98 (<http://cdx.sagepub.com/content/34/2/187.abstract>, accessed 8 July 2016).
198. Allamani A, Voller F, Pepe P, Baccini M, Massini G, Maurelli G et al. Balance of power in alcohol policy. Balance across different groups and as a whole between societal changes and alcohol policy. In: Anderson A, Braddick F, Reynolds J, Gual A, editors. *Alcohol policy in Europe: evidence from AMPHORA*. 2nd ed. The AMPHORA project; 2013:34–48 (http://amphoraproject.net/w2box/data/e-book/AM_E-BOOK_2nd%20edition%20-%20final%20Sept%202013_c.pdf, accessed 8 July 2016).
199. Babor TF, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K. *Alcohol: no ordinary commodity. Research and public policy*. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2010.
200. Anderson P, Chisholm D, Fuhr D. Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *Lancet*. 2009;373:2234–46 ([http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(09\)60744-3/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(09)60744-3/abstract), accessed 8 July 2016).
201. Chisholm D, Rehm J, van Ommeren M, Monteiro M. Reducing the global burden of hazardous alcohol use: a comparative cost-effectiveness analysis. *J Stud Alcohol*. 2004;65:782–93 (<http://www.jsad.com/doi/10.15288/jsa.2004.65.782>, accessed 8 July 2016).
202. Sassi F, editor. *Tackling harmful alcohol use: economics and public health policy*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2015 (<http://www.oecd.org/health/tackling-harmful-alcohol-use-9789264181069-en.htm>, accessed 8 July 2016).
203. Chisholm D, Doran C, Shibuya K, Rehm J. Comparative cost-effectiveness of policy instruments for reducing the global burden of alcohol, tobacco and illicit drug use. *Drug Alcohol Rev*. 2006;25:553–65 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1080/09595230600944487/abstract>, accessed 8 July 2016).
204. Bruun K, Edwards G, Lumio M, Mäkelä K, Pan L, Popham RE et al. *Alcohol control policies in public health perspective, volume 25*. Helsinki: Finnish Foundation for Alcohol Studies; 1975.

205. Edwards G, Anderson P, Babor TF, Casswell S, Ferrence R, Geisbrecht N et al. Alcohol policy and the public good. New York: Oxford University Press; 1994.
206. Rehm J, Gmel G, Rehm MX, Scafato E, Shield KD. What can alcohol do to European societies? In: Anderson P, Braddick F, Reynolds J, Gual A, editors. Alcohol policy in Europe: evidence from AMPHORA. 2nd ed. The AMPHORA project; 2013:4–16 (http://amphoraproject.net/w2box/data/e-book/AM_E-BOOK_2nd%20edition%20-%20final%20Sept%202013_c.pdf, accessed 8 July 2016).
207. Noncommunicable Diseases Progress Monitor 2015. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/184688/1/9789241509459_eng.pdf?ua=1, accessed 8 July 2016).
208. Rehm J, Gmel G, Probst C, Shield KD. Lifetime-risk of alcohol-attributable mortality based on different levels of alcohol consumption in seven European countries. Implications for low-risk drinking guidelines. Toronto: Centre for Addiction and Mental Health; 2015 (https://www.camh.ca/en/research/news_and_publications/reports_and_books/Documents/Lifetime%20Risk%20of%20Alcohol-Attributable%20Mortality.pdf, accessed 9 July 2016).
209. National Health and Medical Research Council. Australian guidelines to reduce health risks from drinking alcohol. Canberra, Australia: Commonwealth of Australia; 2009 (<https://www.nhmrc.gov.au/guidelines-publications/ds10>, accessed 9 July 2016).
210. Stockwell T, Butt P, Beirness D, Gliksman L, Paradis C. The basis for Canada’s new low-risk drinking guidelines: a relative risk approach to estimating hazardous levels and patterns of alcohol use. *Drug Alcohol Rev.* 2012;31:126–34 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1465-3362.2011.00342.x/abstract>, accessed 9 July 2016).
211. Department of Health. Alcohol guidelines review – report from the guidelines development group to the UK Chief Medical Officers. United Kingdom: Williams Lea for the Department of Health; 2015 (https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/489797/CMO_Alcohol_Report.pdf, accessed 9 July 2016).
212. Joint action on reducing alcohol related harm, RARHA. Brussels: European Commission; 2013.
213. Room R, Rehm J. Clear criteria based on absolute risk: reforming the basis of guidelines on low-risk drinking. *Drug Alcohol Rev.* 2012;31:135–40 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1465-3362.2011.00398.x/abstract>, accessed 9 July 2016).
214. Rehm J, Single E. Reasons for and effects of low risk drinking guidelines. In: Buhringer G, editor. Strategien und Projekte zur Reduktion alkoholbedingter Störungen. Lengerich: Pabst; 2002:78–90.
215. Stockwell T, Room R. Constructing and responding to low-risk drinking guidelines: conceptualisation, evidence and reception. *Drug Alcohol Rev.* 2012;31:121–5 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1465-3362.2011.00416.x/abstract>, accessed 9 July 2016).
216. From burden to “best buys”: reducing the economic impact of non-communicable diseases in low- and middle-income countries. Cologny/Geneva: World Economic Forum; 2011 (http://www.who.int/nmh/publications/best_buys_summary.pdf, accessed 9 July 2016).
217. Bird RM, Wallace S. Taxing alcohol in Africa: reflections and updates. Atlanta: Georgia State University; 2010 (<http://icepp.gsu.edu/files/2015/03/ispwp1031.pdf>, accessed 11 July 2016).
218. Jernigan DH. Country profile on alcohol in Zimbabwe. In: Riley L, Marshall M, editors. Alcohol and public health in eight developing countries. Geneva: World Health Organization; 1999:157–75 (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/66009>, accessed 11 July 2016).
219. European Commission. EU citizens’ attitudes towards alcohol. Special Eurobarometer 331. Brussels: TNS Opinion & Social; 2010 (http://ec.europa.eu/health/alcohol/docs/ebs_331_en.pdf, accessed 9 July 2016).
220. Zwerling C, Jones MP. Evaluation of the effectiveness of low blood alcohol concentration laws for younger drivers. *Am J Prev Med.* 1999;16:76–80 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9921389>, accessed 9 July 2016).
221. Fell JC, Voas RB. The effectiveness of a 0.05 blood alcohol concentration (BAC) limit for driving in the United States. *Addiction.* 2014;109:867–74 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4448946/>, accessed 9 July 2016).
222. Kamerstuk – Eerste Kamer der Staten-Generaal. 33 799 Wijziging van het Wetboek van Strafvordering in verband met de introductie van de bevoegdheid tot het bevelen van een middelenonderzoek bij geweldplegers en enige daarmee samenhangende wijzigingen van de Wegenverkeerswet 1994 [33 799 Amendment of the Code of Criminal Procedure in connection with the introduction of the power to recommend an agent study of violent offenders and any related amendments to the Road Traffic Act 1994]. Netherlands: Verheid; 2016 (<https://zoek.officielebekendmakingen.nl/dossier/33799/kst-33799-A?resultIndex=11&sorttype=1&sortorder=4>, accessed 9 July 2016).
223. Ramaekers JG, Verkes RJ, van Amersterdam JGC et al. Middelengebruik en geweld. Een literatuurstudie naar de relatie tussen alcohol, drugs en geweld. Den Haag: Wetenschappelijk Onderzoek - en Documentatiecentrum; 2016.

224. Kilmer B, Nicosia N, Heaton P, Midgette G. Efficacy of frequent monitoring with swift, certain, and modest sanctions for violations: insights from South Dakota's 24/7 Sobriety Project. *Am J Public Health*. 2013;103:e37–43 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3518350/>, accessed 9 July 2016).
225. Khaltourina D, Korotayev A. Effects of specific alcohol control policy measures on alcohol-related mortality in Russia from 1998 to 2013. *Alcohol Alcohol*. 2015;50:588–601 (<http://alcalc.oxfordjournals.org/content/50/5/588.long>, accessed 9 July 2016).
226. Holmes J, Meng Y, Meier PS, Brennan A, Angus C, Campbell-Burton A et al. Effects of minimum unit pricing for alcohol on different income and socioeconomic groups: a modelling study. *Lancet*. 2014;383:1655–64 ([http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)62417-4/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)62417-4/abstract), accessed 9 July 2016).
227. Purshouse CR, Meier PS, Brennan A, Taylor KB, Rafia R. Estimated effect of alcohol pricing policies on health and health economic outcomes in England: an epidemiological model. *Lancet*. 2010; 375:1355–64 ([http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)60058-X/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)60058-X/abstract), accessed 9 July 2016).
228. Stockwell T, Auld MC, Zhao J, Martin G. Does minimum pricing reduce alcohol consumption? The experience of a Canadian province. *Addiction*. 2012;107:912–20 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1360-0443.2011.03763.x/abstract>, accessed 9 July 2016).
229. Stockwell T, Zhao J, Giesbrecht N, Macdonald S, Thomas G, Wettlaufer A. The raising of minimum alcohol prices in Saskatchewan, Canada: impacts on consumption and implications for public health. *Am J Public Health*. 2012;102:e103–10 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3519328/>, accessed 9 July 2016).
230. Razvodovsky YE. Consumption of noncommercial alcohol among alcohol-dependent patients. *Psychiatry Journal*. 2013; Article ID 691050:1–5 (<http://www.hindawi.com/journals/psychiatry/2013/691050/>, accessed 9 July 2016).
231. Рощина Ж.М. Динамика и структура потребления алкоголя в современной России. Вестник Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения. 2012;2:238–58.
232. Немцов А.В. Алкогольная ситуация в России. Собиология. 2014;2:13–19.
233. Radaev V. Impact of a new alcohol policy on homemade alcohol consumption and sales in Russia. *Alcohol Alcohol*. 2015;50:365–72 (<http://alcalc.oxfordjournals.org/content/50/3/365.long>, accessed 9 July 2016).
234. Боброва Н., Уэст Р., Малютина Д., Кошкина Е., Теркулов Р., Бобак М. Употребление алкогольных суррогатов среди клиентов клиники по лечению злоупотребления алкоголем в Новосибирске, Россия [на англ. языке]. *Subst Use Misuse*. 2009;44:1821–32 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3941122/>, accessed 9 July 2016).
235. Nicosia N, Kilmer B, Heaton P. Can a criminal justice alcohol abstention programme with swift, certain, and modest sanctions (24/7 Sobriety) reduce population mortality? A retrospective observational study. *Lancet Psychiatry*. 2016;3:226–32 ([http://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(15\)00416-2/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(15)00416-2/abstract), accessed 9 July 2016).
236. Österberg E. The effects of favouring lower alcohol content beverages: four examples from Finland. *Nordisk Alkohol Nark*. 2012;29:41–56 (<http://www.degruyter.com/view/j/nsad.2012.29.issue-1/v10199-012-0004-0/v10199-012-0004-0.xml>, accessed 9 July 2016).
237. Mäkelä P, Mustonen H, Österberg E. Does beverage type matter? *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*. 2007;24:617–31 (<http://www.nordicwelfare.org/PageFiles/4523/M%C3%A4kel%C3%A4%20Mustonen%20%C3%96sterberg.pdf>, accessed 9 July 2016).
238. Mäkelä P, Hellman M, Kerr WC, Room R. A bottle of beer, a glass of wine, or a shot of whiskey? Can the rate of alcohol-induced harm be affected by altering the population's beverage choices? *Contemp Drug Probl*. 2011;38:599–619 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3888958/>, accessed 9 July 2016).
239. Segal DS, Stockwell T. Low alcohol alternatives: a promising strategy for reducing alcohol related harm. *Int J Drug Policy*. 2009;20:183–7 ([http://www.ijdp.org/article/S0955-3959\(08\)00135-7/abstract](http://www.ijdp.org/article/S0955-3959(08)00135-7/abstract), accessed 9 July 2016).
240. Chikritzhs T, Stockwell T, Pascal R. The impact of the Northern Territory's Living With Alcohol program, 1992–2002: revisiting the evaluation. *Addiction*. 2005;100:1625–36 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1360-0443.2005.01234.x/abstract>, accessed 10 July 2016).
241. Sornpaisarn B, Shield KD, Cohen JE, Schwartz R, Rehm J. Can pricing deter adolescents and young adults from starting to drink: an analysis of the effect of alcohol taxation on drinking initiation among Thai adolescents and young adults. *J Epidemiol Glob Health*. 2015;5:S45–57 (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2210600615000611>, accessed 10 July 2016).
242. Sornpaisarn B, Shield K, Rehm J. Two-Chosen-One taxation: examining its potential effectiveness to reduce drinking initiation and heavy alcohol consumption in low- to middle-income countries. *Addiction*. 2012;107:1389–90 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1360-0443.2012.03961.x/abstract>, accessed 10 July 2016).

243. Sornpaisarn B, Kaewmungkun C, Rehm J. Assessing patterns of alcohol taxes produced by various types of excise tax methods – a simulation study. *Alcohol Alcohol*. 2015;50:639–46 (<http://alcalc.oxfordjournals.org/content/early/2015/06/20/alcalc.agv065>, accessed 10 July 2016).
244. Rehm J, Shield KD, Gmel G, Rehm MX, Frick U. Modelling the impact of alcohol dependence on mortality burden and the effect of available treatment interventions in the European Union. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2013;23:89–97 ([http://www.europeanneuropsychopharmacology.com/article/S0924-977X\(12\)00219-2/abstract](http://www.europeanneuropsychopharmacology.com/article/S0924-977X(12)00219-2/abstract), accessed 10 July 2016).
245. Roerecke M, Gual A, Rehm J. Reduction of alcohol consumption and subsequent mortality in alcohol use disorders: systematic review and meta-analysis. *J Clin Psychiatry*. 2013;74:e1181–9 (<http://www.psychiatrist.com/JCP/article/Pages/2013/v74n12/v74n1207.aspx>).
246. Norström T. The abolition of the Swedish alcohol rationing system: effects on consumption distribution and cirrhosis mortality. *Br J Addict*. 1987;82:633–41 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3496914>, accessed 10 July 2016).
247. Anderson P, Baumberg B. Alcohol in Europe: a public health perspective. A report for the European Commission. London: Institute of Alcohol Studies; 2006 (http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_europe_en.pdf, accessed 11 July 2016).
248. Shield KD, Rehm MX, Rehm J. Social costs of addiction in Europe. In: Anderson P, Rehm J, Room R, editors. *The impact of addictive substances and behaviours on individual and societal well-being*. Oxford: Oxford University Press; 2015:181–8.



**Европейский Офис ВОЗ по
профилактике неинфекционных
заболеваний и борьбе с ними**

**Леонтьевский переулок, д.9
125009 Москва, Российская Федерация
Адрес электронной почты:
euroNCDGDO@who.int**

**Вебсайт:
<http://www.euro.who.int/ru/WHONCDOoffice>**

Европейское региональное бюро ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – специализированное учреждение Организации Объединенных Наций, созданное в 1948 г., основная функция которого состоит в решении международных проблем здравоохранения и охраны здоровья населения. Европейское региональное бюро ВОЗ является одним из шести региональных бюро в различных частях земного шара, каждое из которых имеет свою собственную программу деятельности, направленную на решение конкретных проблем здравоохранения обслуживаемых ими стран.

Государства-члены

Австрия
Азербайджан
Албания
Андорра
Армения
Беларусь
Бельгия
Болгария
Босния и Герцеговина
Бывшая югославская Республика Македония
Венгрия
Германия
Греция
Грузия
Дания
Израиль
Ирландия
Исландия
Испания
Италия
Казахстан
Кипр
Кыргызстан
Латвия
Литва
Люксембург
Мальта
Монако
Нидерланды
Норвегия
Польша
Португалия
Республика Молдова
Российская Федерация
Румыния
Сан-Марино
Сербия
Словакия
Словения
Соединенное Королевство
Таджикистан
Туркменистан
Турция
Узбекистан
Украина
Финляндия
Франция
Хорватия
Черногория
Чешская Республика
Швейцария
Швеция
Эстония



Всемирная организация здравоохранения
Европейское региональное бюро
UN City, Marmorvej 51, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark
Tel.: +45 45 33 70 00 Fax: +45 45 33 70 01
E-mail: euwhocontact@who.int Website: www.euro.who.int