



Фонд
«Единое Общество»

Алкогольные проблемы России

Подготовлено по материалам пресс-конференции Немцова А. В. — ведущего российского эксперта в области проблем алкогольной смертности и алкогольной политики, доктора медицинских наук, руководителя отдела информатики и системных исследований Московского Научно-исследовательского Института психиатрии Минздрава РФ, организованной Фондом «Единое Общество».

РИА Новости, 5 сентября 2012 года

СОДЕРЖАНИЕ

АЛКОГОЛЬНАЯ СИТУАЦИЯ В РОССИИ	4
ВЫВОДЫ	20
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ДОСТУПНОСТЬ ДЕШЕВОЙ (НЕЛЕГАЛЬНОЙ) ВОДКИ В РОССИИ	24
СООТНОШЕНИЕ «ПИВНОГО» И «ВОДОЧНОГО» АЛКОГОЛИЗМА: КОЛИЧЕСТВЕННЫЙ АНАЛИЗ ДОМИНИРОВАНИЯ	30
ТИПЫ АЛКОГОЛЬНЫХ НАПИТКОВ И СМЕНА ИХ ПОТРЕБЛЕНИЯ БОЛЬНЫМИ АЛКОГОЛИЗМОМ	44

Алкогольные проблемы России: Материалы пресс-конференции Немцова А.В. /Под редакцией Фонда «Единое общество». - М.: Перспектива, 2012. - 54 с.

ISBN 978-5-88045-200-2

© Фонд «Единое общество», 2012

НЕМЦОВ

Александр Викентьевич

Немцов Александр Викентьевич родился в Москве в 1933, окончил Московский медицинский институт в 1957, ординатуру по психиатрии в 1959. В 1959–1961 он работал врачом в психиатрической больнице, а после перешел в Институт психиатрии АМН. С 1966 А. Немцов является сотрудником отдела психофармакотерапии, с 1982 — отдела наркологии, а с 1996 руководит отделением информатики и системных исследований Московского научно-исследовательского института психиатрии Росздрава. Кандидатская диссертация защищена в 1965, а диссертация доктора медицинских наук в 1975.

С 1982 г. Немцов занимался психофизиологическим исследованием алкогольного влечения, а в 1985 г. в связи с началом антиалкогольной кампании в России он переключился на исследование эпидемиологии потребления алкоголя и последствий. В 1987 г. разработал метод оценки реального потребления алкоголя в России, в 1990 г. — метод оценки прямой и непрямой алкогольной смертности. Кроме того он разрабатывает такие темы, как климатические факторы алкогольных психозов и течение алкоголизма, наукометрия публикаций по психиатрии.

Всего им опубликовано 5 монографий (одна на английском), 20 английских и 170 русских научных публикаций. Книги: Алкогольная ситуация в России (1995), Алкогольная смертность в России: 1980-90-е годы (2001), Алкогольные потери регионов России (2003) и Алкогольная история России. Новейший период (2009), A Contemporary History of Alcohol in Russia (2011).

Кроме того А.Немцов часто выступает с докладами в России и за рубежом, участвует в передачах ТВ и публикует популярные статьи по алкогольным проблемам России.

www.alcoaddiction.ru | nemtsov33@gmail.com

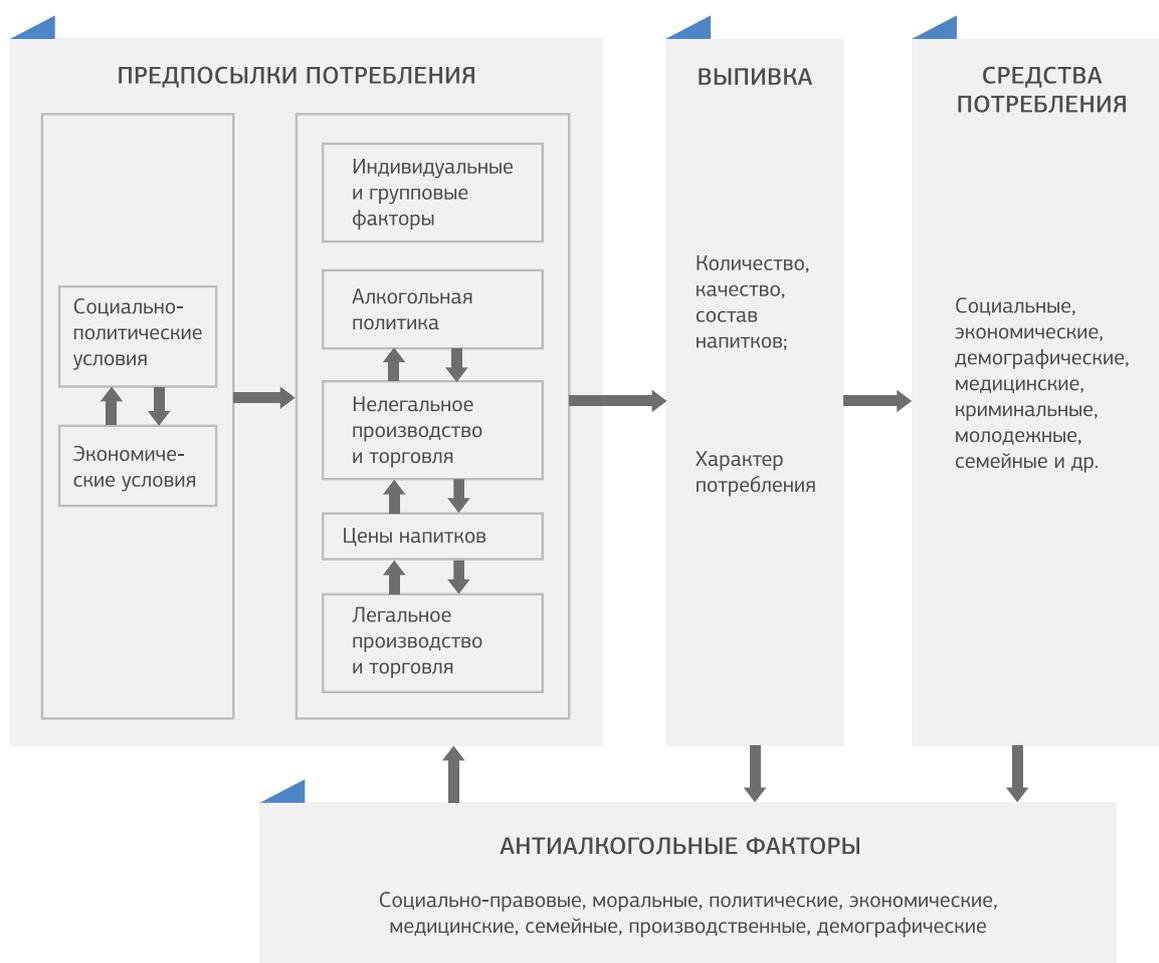


#1

АЛКОГОЛЬНАЯ СИТУАЦИЯ В РОССИИ

Презентация Немцова А.В. с комментариями

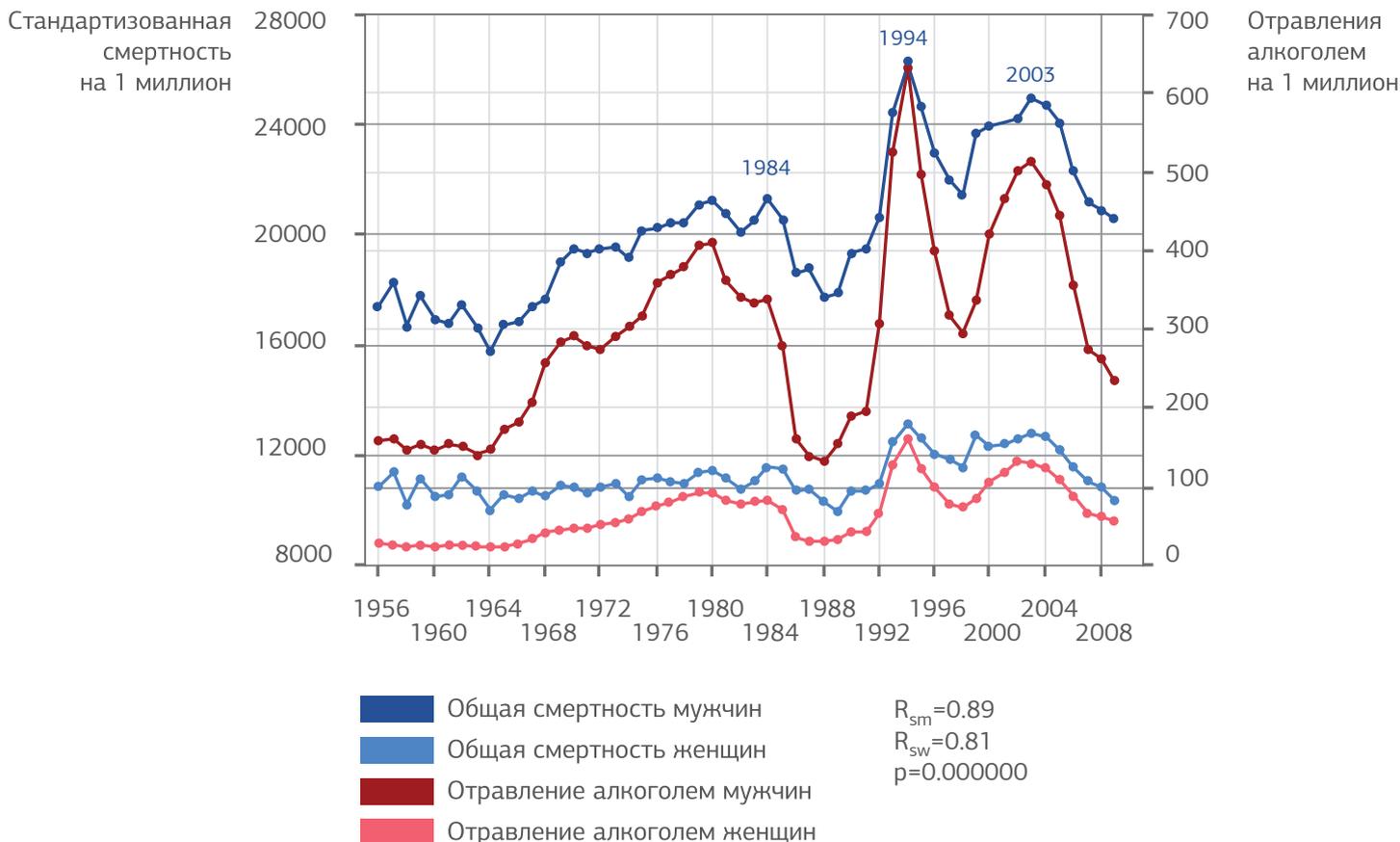
СХЕМА АЛКОГОЛЬНОЙ СИТУАЦИИ



Комментарий Немцова А.В.: Алкогольная ситуация складывается из четырех составляющих. Первая и главная — потребление алкоголя или, говоря попросту, **ВЫПИВКА**. Ее характеризует персональное или популяционное количество выпитого, частота выпивок, состав напитков, то есть доминирование в потреблении крепких или слабоалкогольных напитков. **ВЫПИВКА** является водоразделом между предпосылками (факторами) потребления и его

следствиями. В первую очередь, нас должны интересовать негативные следствия, но нельзя забывать и о позитивных, которые и подталкивают отдельных людей, население стран и народы мира к выпивке. Среди предпосылок потребления в нашей стране следует обратить внимание на нелегальное производство и торговлю спиртным. Это делает алкогольные напитки в нашей стране особенно дешевыми, а значит легкодоступными.

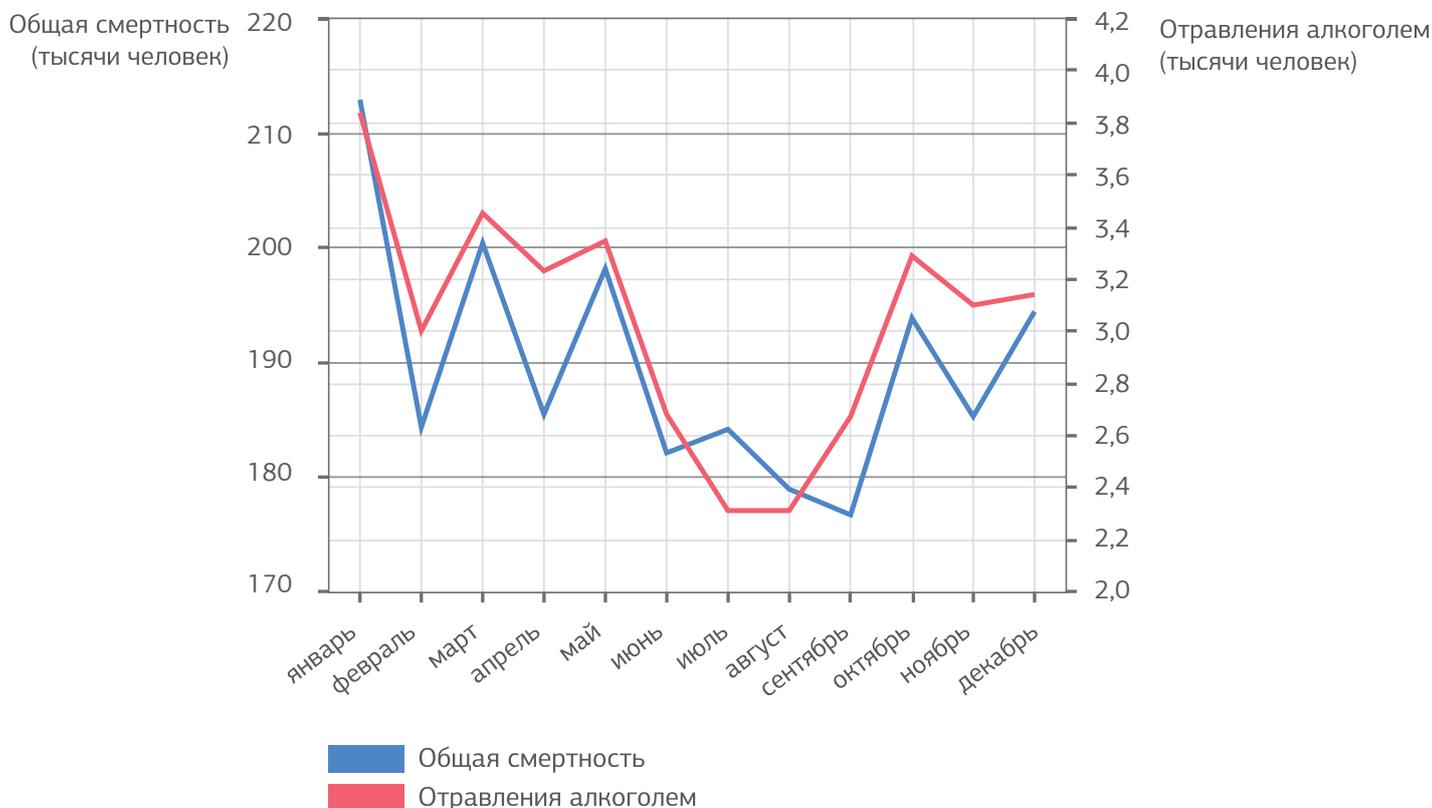
ОБЩАЯ СМЕРТНОСТЬ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ АЛКОГОЛЕМ (1956-2009 ГГ.)



Комментарий Немцова А.В.: Прежде чем перейти к собственно теме, стоит кратко обрисовать алкогольную ситуацию в России. Это можно сделать разными способами. Но лучший из них — это показатель связанной с алкоголем смертности, как интегральный показатель качества жизни. В том числе — жизни алкогольной. На слайде представлены годовые данные с 1956 по 2009 гг. Синим обозначена общая смертность мужчин и женщин, красным — смертность при отравлении алкоголем. Самое важное тут то, что изменение двух видов смертности идет почти синхронно. А это значит, что общая смертность в значительной степени зависит от злоупотребления алкоголем. Показатель корреляции (в нижнем правом углу слайда) очень высок и близок к единице (по Спирмену 0,89 для мужчин и 0,81 для женщин).

Следует обратить внимание на еще одну особенность нашего пьянства — колебания смертности и, соответственно, потребления алкоголя. Рост потребления в СССР и России, а вместе с этим, и смертности, начался в середине 1960-х и продолжался почти до начала антиалкогольной кампании в 1985 г. Кампания Михаила Горбачева началась 1 июня, и уже в этом месяце произошло существенное снижение смертности мужчин. Однако, в результате роста самогонварения и возобновления в 1988 г. государственной продажи алкоголя, потребление уже в 1992 г. вышло на уровень 1984 г. В 1994 г. наша страна поставила рекорд по смертности, после чего началось снижение этого показателя перед дефолтом. Далее пошел новый рост и новое снижение (начиная с 2004 г.).

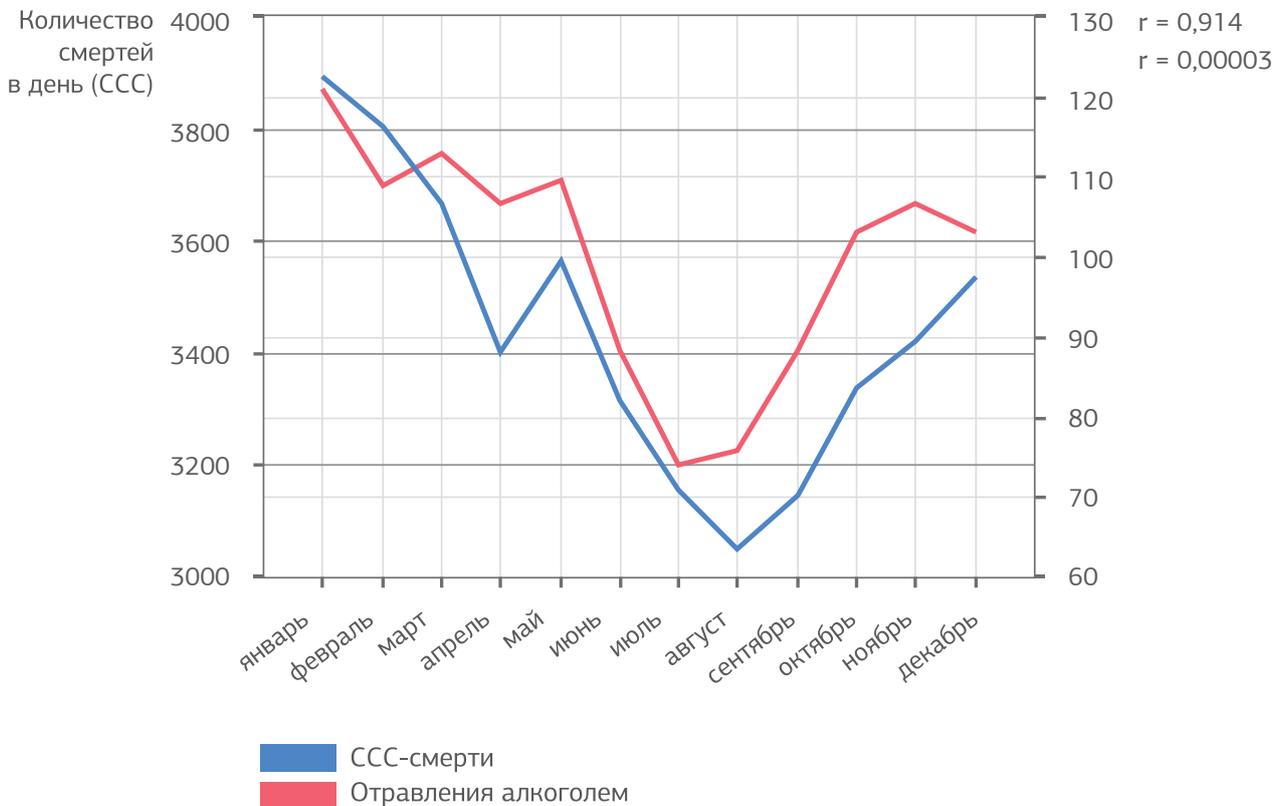
ОБЩАЯ И ПРИ ОТРАВЛЕНИИ АЛКОГОЛЕМ СМЕРТНОСТЬ (РОССИЯ, 2000-2007 ГГ.)



Комментарий Немцова А.В.: Такую же синхронность мы видим на основе данных по месяцам, усредненных за 8 лет. Главный пик двух видов смертности приходится на январь и связан с пьянством во время встречи Нового года. В марте и мае — еще два больших праздника и, соответственно, два пика смертности.

Летом россияне потребляют меньше чистого алкоголя, несмотря на рост потребления пива, поскольку алкоголь пива составляет небольшую часть в общем потреблении. По окончании летних отпусков пьянство возобновляется, и в январе следующего года мы видим новый пик.

СМЕРТИ ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И ОТРАВЛЕНИИ АЛКОГОЛЕМ



Комментарий Немцова А.В.: Синхронность наблюдается и при сопоставлении смертности при сердечно-сосудистых заболеваниях и отравлениях алкоголем. Это странно только на первый взгляд: спиртное либо приводит к сердечно-сосудистому заболеванию, либо к смерти по этой причине. Но есть еще одно

связующее обстоятельство, и это наша российская особенность: у части умерших от последствий употребления алкоголя, диагноз смерти фальсифицируется и попадает в государственную статистику, как сердечно-сосудистый.

ДИАГНОСТИКА АЛКОГОЛЬНЫХ СМЕРТЕЙ В РОССИИ (1980 – 2007 ГГ.)

	Виды смертности (диагнозы)	%	На 100 000
Мужчины	Отравление алкоголем	100,0	35,0
	Убийства	73,4	23,7
	Самоубийства	44,5	27,7
	Сердечно-сосудистые	20,6	251,7
	Всего	23,9	522,2
Женщины	Всего	15,0	175,0

В связи с алкоголем в год умирают 351,7 тыс. мужчин и 135,1 тыс. женщин. Всего: 486, 8 тысяч

Комментарий Немцова А.В.: В результате очень высокого потребления алкоголя и неточной диагностики смертей почти все соматические или криминальные диагнозы имеют значительную алкогольную составляющую: более всех — убийства (73%). Однако в абсолютном выражении наибольший вклад в алкогольную смертность вносят

сердечно-сосудистые диагнозы. Следует подчеркнуть: диагнозы, а не заболевания, в силу того, что в России очень плохо обстоит дело с точностью диагностики смертей. Получается так, что в России, многие люди, умершие в связи с отравлением алкоголем, уходят в мир иной с диагнозом сердечно-сосудистого заболевания.

**«ДРУГИХ ДУХОВНЫХ ЦЕННОСТЕЙ,
КРОМЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ,
У НАС МАЛОВАТО»**

Комментарий Немцова А.В.: Теперь можно перейти к факторам необычайно высокой алкогольной смертности в нашей стране. На ум приходит цитата одного из наших чиновников:

«Других духовных ценностей, кроме употребления алкоголя, у нас маловато»

Это высказывание имеет глубокий смысл. Подробный разбор подоплеку российского пьянства занял бы много времени. Но кратко

сказать об этом стоит, обратившись к нашей российской истории.

Российская ментальность и российский характер формировались столетиями в условиях, отличающихся от условий западной цивилизации. И нет ничего удивительного, что у нас сохранились исторически обусловленные особенности государственного устройства и взаимоотношений государства и личности. Были и другие трудности, которые протягиваются в нашу эпоху.

БЕДНОСТЬ

И одна из них — бедность.

УРОВНИ СОЦИАЛЬНЫХ ДОХОДОВ

Вопрос: Вам денег достаточно для... (ВЦИОМ, 2007)

<1%

Достаточно для всего

12%

Достаточно для всего кроме автомобиля / квартиры / загородного дома

Б
Е
Д
Н
О
С
Т
Ь

42%

Достаточно для пищи, но трудности с одеждой

32%

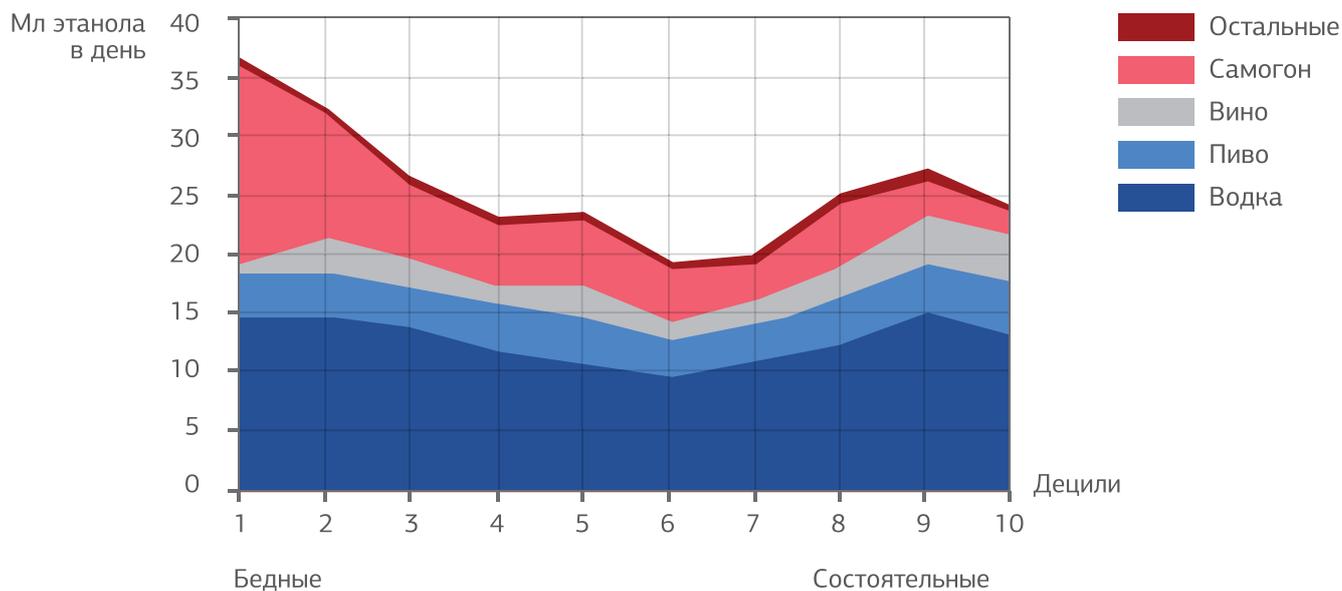
Достаточно для пищи, но нет денег на одежду

9%

Недостаточно для пищи

Комментарий Немцова А.В.: Сейчас 18% населения, а это 25 млн человек, живут за чертой бедности, т.е. с доходом, ниже прожиточного минимума, который сам по себе очень низок. Этим людям не хватает денег на питание. Еще 12% населения хватает только на скудное питание. В целом большая часть населения недоедает. Это особенно касается молока и молочных продуктов, а также мяса и фруктов.

СООТНОШЕНИЕ ДОХОДОВ НАСЕЛЕНИЯ И ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ*

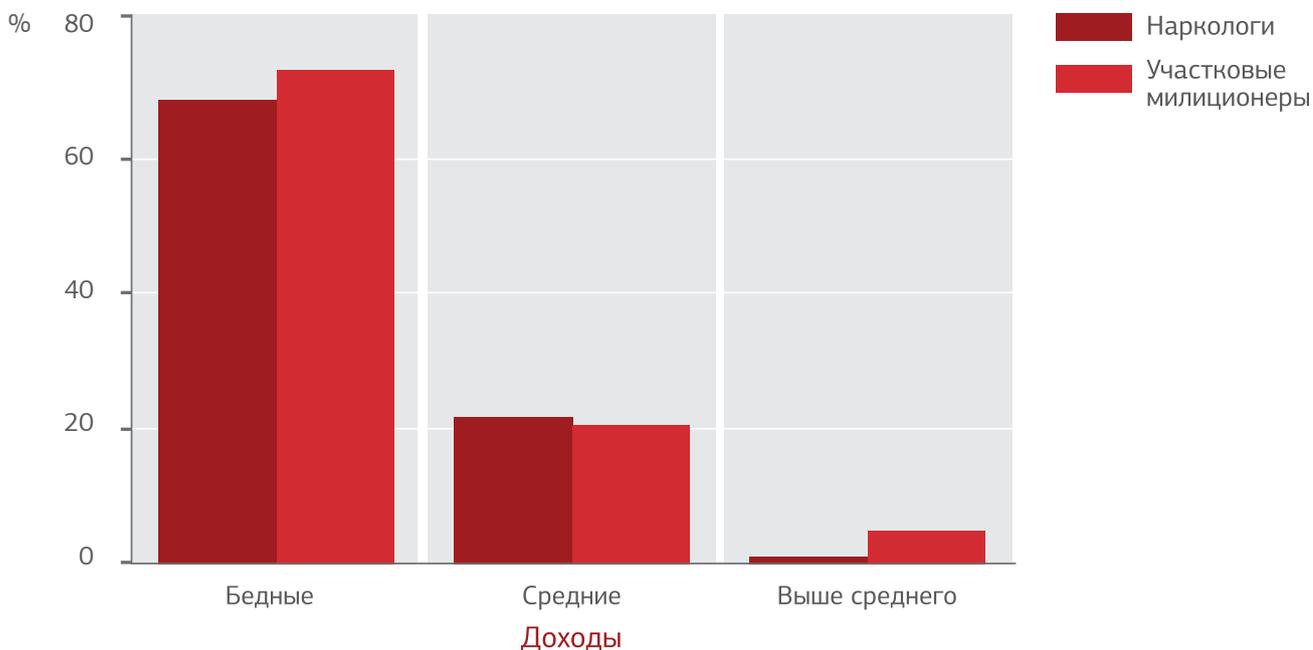


*- по данным RLMS-monitoring

Комментарий Немцова А.В.: Бедность приводит к тому, что бедные злоупотребляют алкоголем чаще людей состоятельных. На графике приведены данные о потреблении различных напитков (водка, пиво, вино, самогон и другие) в зависимости от дохода. По доходу респонденты были разделены на десять частей (децили): слева — самые бедные, справа

— состоятельные люди. Видно, что на долю бедных приходится больше всего алкоголя — в два раза больше, чем на людей со средним достатком. Кроме того, бедные потребляют больше всего нелегального, а значит самого дешевого и некачественного алкоголя. Это по их собственным отчетам и самоощущению.

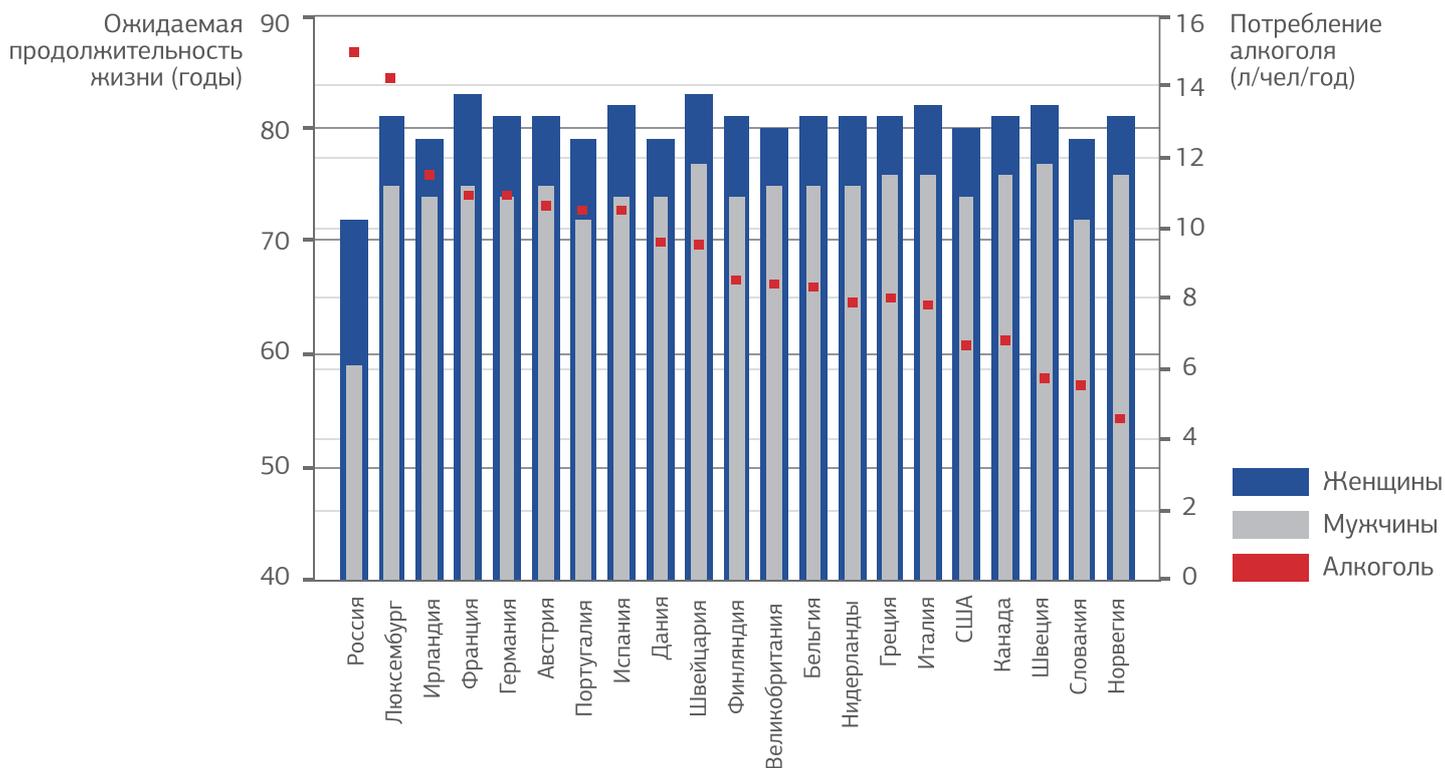
ЭКСПЕРТЫ О ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИИ АЛКОГОЛЕМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДОХОДОВ*



* — по А.Корнешову и А.Ивановой

Комментарий Немцова А.В.: Вот что думают внешние наблюдатели, наркологи и участковые, тогда еще милиционеры, ныне полисмены: потребление алкоголя бедными и людьми среднего достатка различается не в два раза, а в три.

ОЖИДАЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ И ПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ



Комментарий Немцова А.В.: Отчасти, в связи с высоким потреблением алкоголя в России, у нас очень низкая продолжительность жизни, особенно у мужчин. Она в разные годы колебалась от 58,5 до 60 лет. И это при том, что потребление сопоставимо с потреблением в других европейских странах. В чем же тут дело? В чем причины тяжелых последствий злоупотребления алкоголем в России?

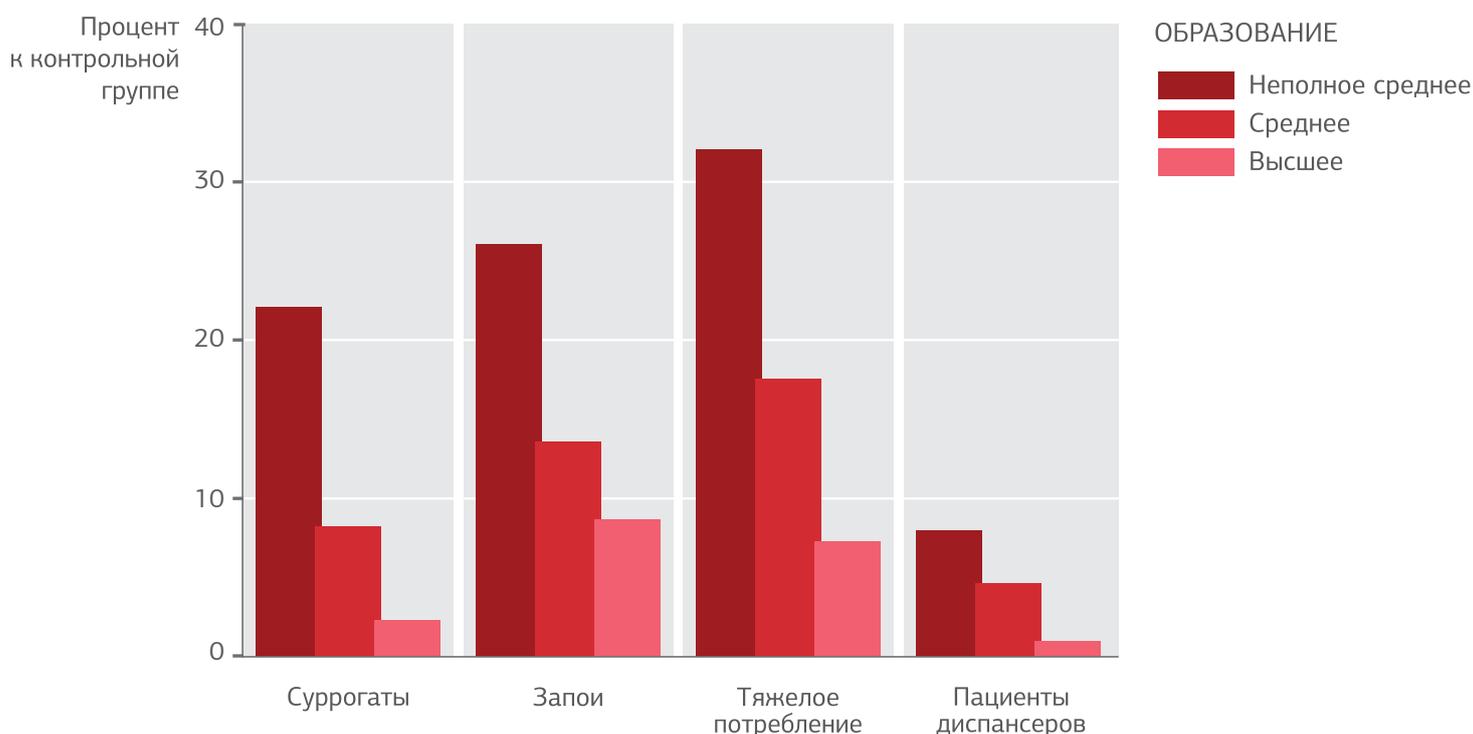
Тяжесть последствий злоупотребления алкоголем зависит не только от количества выпитого, но и от качества питания, о чем сказано выше, доступности и качества медицинской помощи, а шире — от качества жизни. А это в России оставляет желать лучшего.

НИЗКАЯ КУЛЬТУРА

12

Помимо бедности есть еще один фактор, который увеличивает пьянство: это низкая культура населения, которую можно выразить уровнем образования.

АЛКОГОЛЬНАЯ СМЕРТНОСТЬ И ОБРАЗОВАНИЕ*



* — D.Leon et al. (Lancet, 2007)

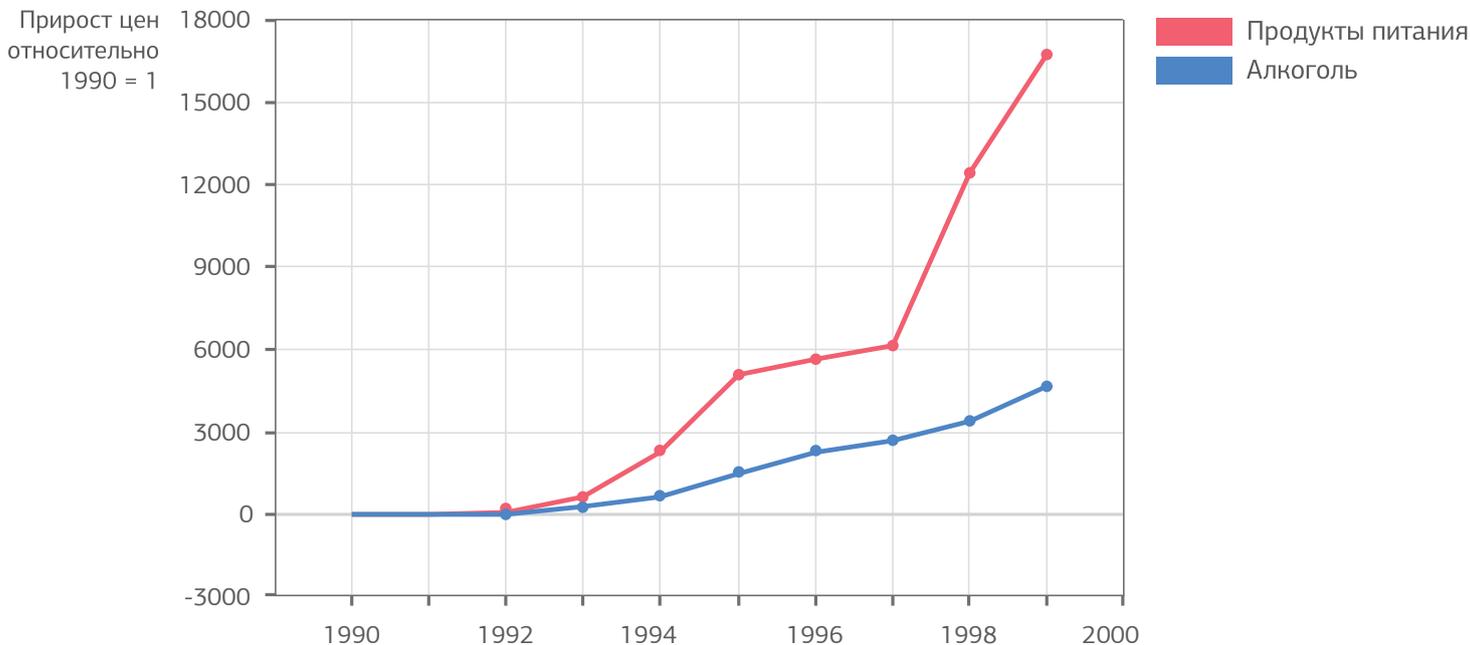
Комментарий Немцова А.В.: На слайде представлены данные, полученные в Ижевске (Д. Леон и соавторы). Авторы исследовали смертность всех мужчин в возрасте от 25 до 54 лет. Вот как распределялись эти мужчины по частоте алкогольных проблем, в связи с уровнем образования. Как видно,

употребление суррогатов, запои, тяжелое потребление и учет в наркологическом диспансере чаще всего были у людей с самым низким уровнем образования. Не будет открытием, если сказать, что низкая культура — родная сестра бедности.

НИЗКАЯ ЦЕНА

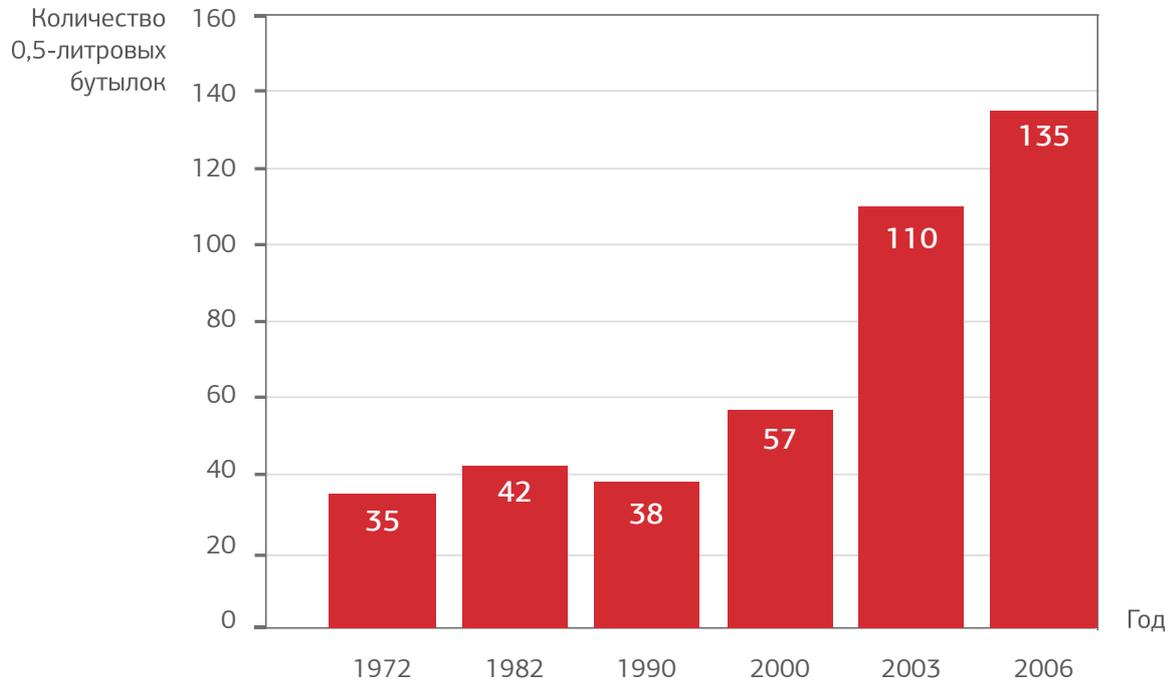
Следующим фактором тяжести наших алкогольных проблем является дешевизна спиртных напитков в нашей стране.

СООТНОШЕНИЕ ЦЕН НА АЛКОГОЛЬНЫЕ НАПИТКИ И ПРОДУКТЫ ПИТАНИЯ



Комментарий Немцова А.В.: Это может продемонстрировать соотношение цен на алкогольные напитки и продукты питания: цены того и другого в 1990 г. были приняты за единицу, а к 2000 г. цены разошлись так, что спиртные напитки стали в три раза дешевле продуктов питания.

НА ЗАРПЛАТУ МОЖНО КУПИТЬ

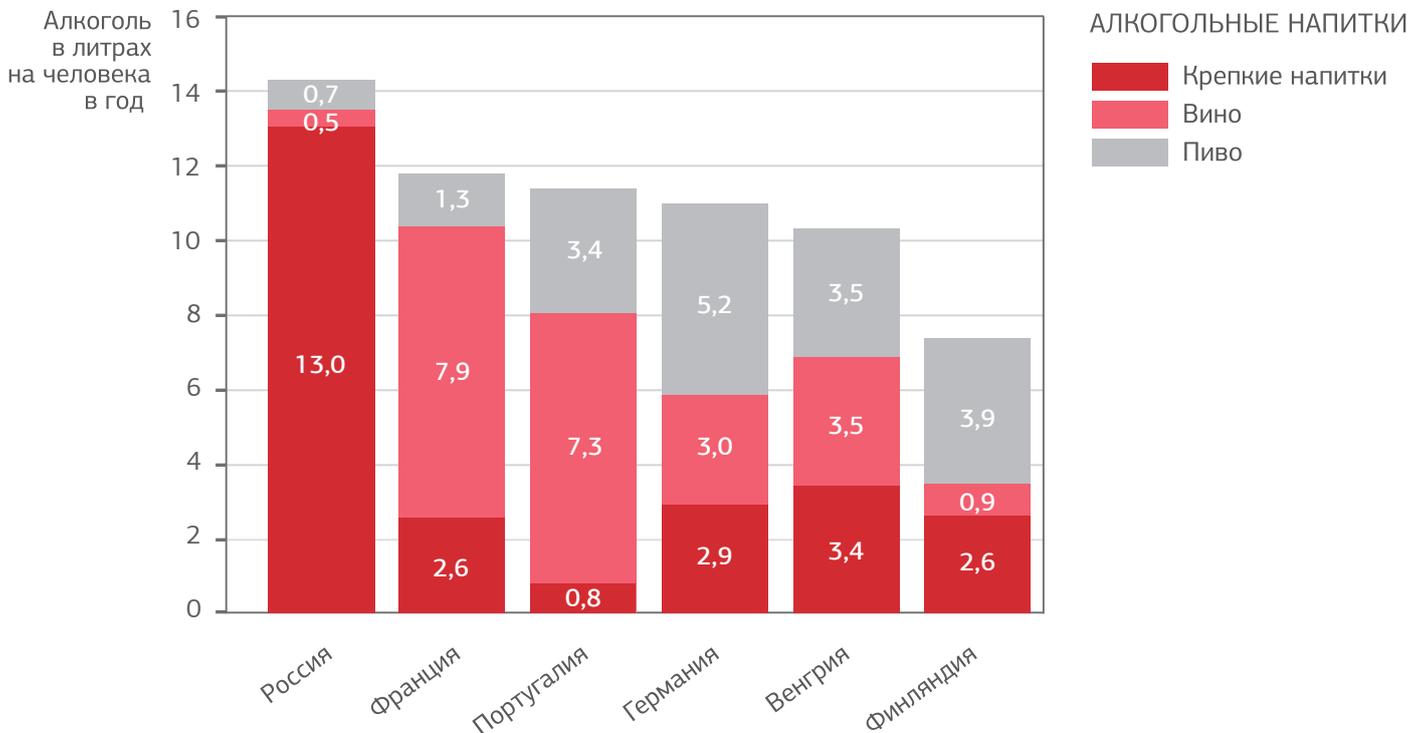


Комментарий Немцова А.В.: В результате, в 1972 г. на среднюю зарплату можно было купить 35 полулитровых бутылок водки, а в 2006 — уже 135.

**ДОМИНИРОВАНИЕ КРЕПКИХ НАПИТКОВ
(ДО 80% В ОБЩЕМ АЛКОГОЛЕ)**

Что еще губит наших людей? Доминирование крепких напитков.

СООТНОШЕНИЕ АЛКОГОЛЬНЫХ НАПИТКОВ В СТРАНАХ



Комментарий Немцова А.В.: По количеству чистого алкоголя в европейских странах в потреблении доминирует либо вино (например, Франция и Португалия), либо пиво (Германия, Финляндия). В Венгрии главные виды напитков составляют по трети от всего потребляемого алкоголя. В России алкоголь крепких напитков приближается к 90%. Таким образом, в России имеет место быть крайне

неблагополучное соотношение потребляемых напитков: в ущерб здоровью граждан крепкие напитки доминируют над потреблением слабоалкогольных, пива, и особенно вина. В то же время, по мнению экспертов ВОЗ, идеальным соотношением в потреблении алкоголя можно было бы считать, когда вино и пиво в нем доминируют, либо каждый из них составляет треть от потребления.

НЕЛЕГАЛЬНЫЙ АЛКОГОЛЬНЫЙ РЫНОК. КОРРУПЦИЯ

Еще один фактор — нелегальный алкогольный рынок. Следует подчеркнуть, что его производство и продажа держатся на густой коррупции.

МИНИСТР ВНУТРЕННИХ ДЕЛ Р. НУРГАЛИЕВ ДОЛОЖИЛ В 2009 Г.:

- 7 миллионов литров алкогольных суррогатов было арестовано
- 601 подпольное производство алкогольных суррогатов было ликвидировано
- 192 000 нарушений обнаружено при производстве и продаже алкогольных напитков

Комментарий Немцова А.В.: Недавно Министр внутренних дел (теперь уже бывший) Рашид Нургалиев доложил, что в 2009 г. было уничтожено 7 млн литров суррогатов, ликвидирован 601 подпольный цех по их производству и найдено 192 тыс. нарушений при производстве и продаже алкогольных напитков. Легко представить, что 7 млн литров суррогатов — лишь малая доля суррогатов, производимых в нашей стране. Только один раз в 2003 г. наша Счетная Палата провела тщательный анализ алкогольного

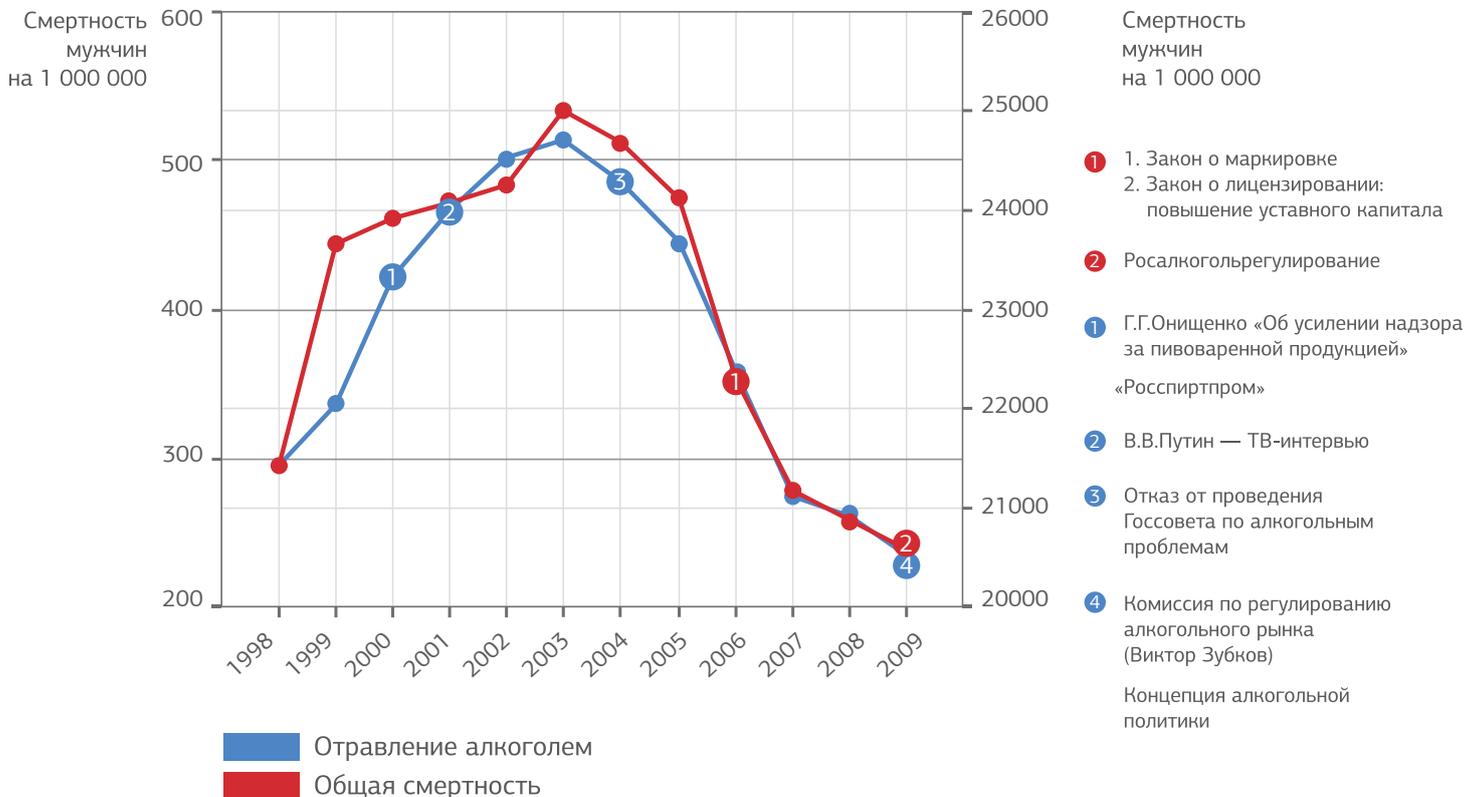
производства и алкогольного рынка. По данным Счетной Палаты в стране нелегально производилось 177 млн декалитров водки (5,0 литров чистого алкоголя на человека в год) и 18 — самогона (1,3 литров чистого алкоголя на человека в год), а вместе — половина крепких напитков. Нелегальный алкоголь попадает на рынок безакцизно, а значит по очень низкой цене. В результате этого цены на алкогольную продукцию и продукты питания существенно разошлись, о чем говорилось выше.

«...ОБЪЁМ ОБИДЫ ПРЕВОСХОДИТ
ОБЪЁМ ПОСУДЫ СО СПИРТНЫМ»
ФАЗИЛЬ ИСКАНДЕР

Комментарий Немцова А.В.: Все перечисленные факторы — суть несовершенства политического и экономического устройства нашей страны, порождающие у значительной части российского населения напряжение и неудовлетворенность своим существованием. По опросам ВЦИОМ (Всероссийский центр

изучения общественного мнения) только 1% россиян считают, что у них все есть. Вот почему замечательный писатель Фазиль Искандер сказал: «Размер обиды превосходит объем посуды со спиртным».

ОБЩАЯ СМЕРТНОСТЬ И ОТРАВЛЕНИЕ АЛКОГОЛЕМ



- 1. Закон о маркировке
 - 2. Закон о лицензировании: повышение уставного капитала
 - Росалкогольрегулирование
 - 1. Г.Г.Онищенко «Об усилении надзора за пивоваренной продукцией» «Росспиртпром»
 - 2. В.В.Путин — ТВ-интервью
 - 3. Отказ от проведения Госсовета по алкогольным проблемам
 - 4. Комиссия по регулированию алкогольного рынка (Виктор Зубков)
- Концепция алкогольной политики

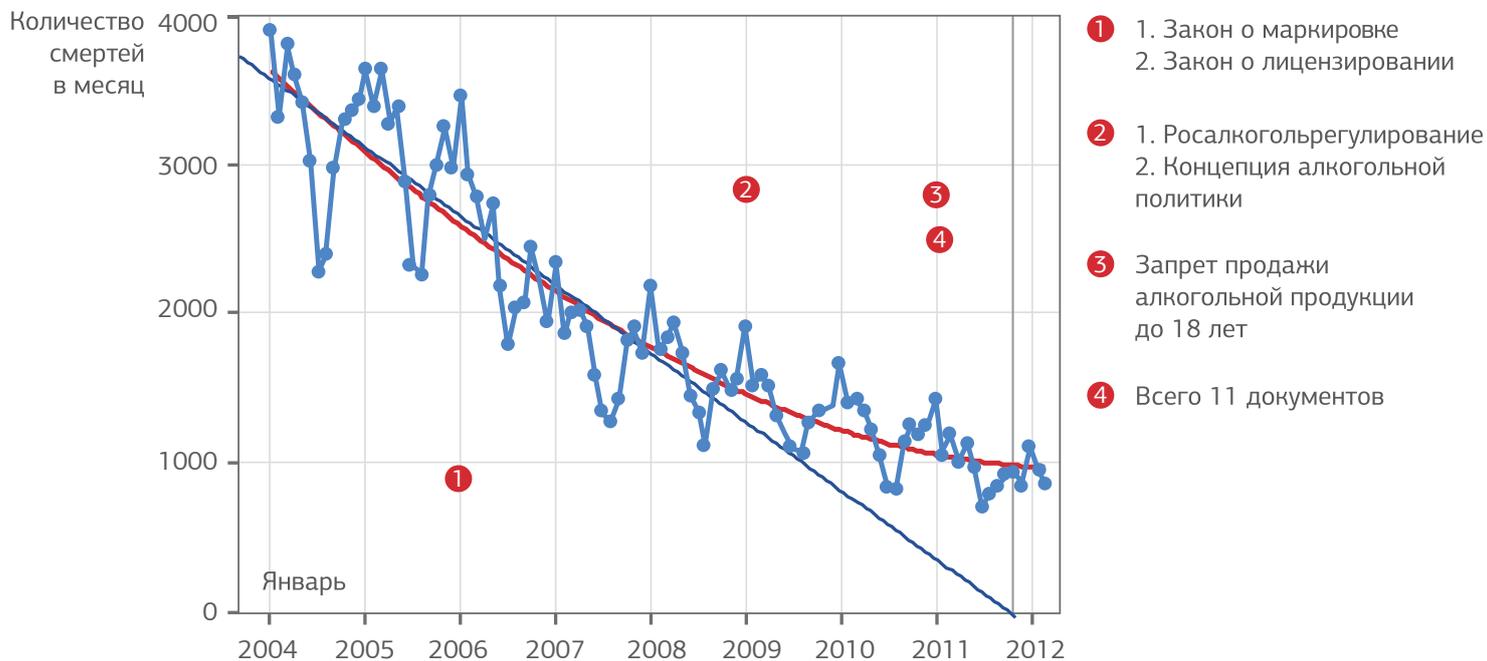
Комментарий Немцова А. В.: В последнее десятилетие руководство страны впервые после 1985 г. обратило внимание на тяжесть наших алкогольных проблем. 2000-й год ознаменовался двумя событиями в этой области: созданием ФГУП «Росспиртпром» и Постановлением главного санитарного врача РФ от 15.12.2000 N 16 «Об усилении госсанэпиднадзора за пивоваренной продукцией».

К сожалению, ни одно событие не возымело должного эффекта и не повлияло на связанную с алкоголем смертность. Росспиртпром был недавно расформирован, предварительно обанкротив более ста предприятий, а Постановление было отменено через четыре месяца, но наделало много шума, эхо которого можно услышать и сегодня. В Постановлении содержалось утверждение о росте в стране, так называемого, «пивного» алкоголизма, хотя для этого нет (и не было) никаких (!) научных обоснований. Недавно с группой коллег

мы обследовали более 400 больных алкоголизмом в Московском научно-практическом центре наркологии, и только 8% среди них можно было условно считать «пивными», а 76% также условно были «водочными».

На несколько лет наступило затишье антиалкогольной деятельности. В 2005 году Президент Российской Федерации подписал Закон N 785 от 21 декабря 2005 г. «О маркировке алкогольной продукции федеральными специальными марками», которое должно было вступить в силу с 1 января 2006 г. Но первые акцизные марки, причем только на полулитровые бутылки водки появились в конце января, появление марок на остальные напитки и емкости растянулось на полгода. На алкогольном рынке наступил хаос, два месяца полки винно-водочных магазинов стояли пустые. Россияне благодаря лихим людям, конечно, не остались без алкоголя, но потребление в 2006-2007 гг. резко снизилось.

КОЛИЧЕСТВО СМЕРТЕЙ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ АЛКОГОЛЕМ, РОССИЯ, 2004-2011 ГГ.



Комментарий Немцова А.В.: С 2008 г. ситуация на рынке нормализовалась и темпы снижения потребления замедлились, а к 2012 г. настолько, что можно думать, что страна находится на пороге нового роста потребления, несмотря на все новые и новые антиалкогольные законодательные акты и создание в 2009 г. «Росалкогольрегулирования», в руках которого находится лицензирование алкогольной промышленности и торговли.

СОСТАВЛЯЮЩИЕ АЛКОГОЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ

- Полная информация об алкогольной ситуации в стране
 - а) регионы с тяжелыми алкогольными проблемами,
 - б) когорты населения с наибольшим риском по алкоголю,
 - в) источники производства нелегального алкоголя,
 - г) коррупционные схемы алкогольного рынка.
- Определение краткосрочных и долгосрочных целей алкогольной политики для снижения уровня потребления алкоголя,
- Механизмы воздействия на алкогольный рынок, нелегальный, в первую очередь,
- Индикаторы эффективности алкогольной политики,
- Мониторинг алкогольной ситуации в стране.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ КРАТКОСРОЧНЫХ И ДОЛГОСРОЧНЫХ ЦЕЛЕЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ

- Подавление нелегального производства и продажи спиртных напитков (уголовно-правовые санкции к производителям и продавцам, административно-правовые и дисциплинарные санкции к работникам МВД)
- Запрет продажи спиртных напитков подросткам (лишение лицензий не только продавцов, но и торгующих организаций)
- Создание учреждений закрытого типа для алкоголиков и реабилитационных учреждений для больных после принудительного лечения
- Обучение медперсонала первичного звена для выявления лиц, злоупотребляющих алкоголем
- Наладить противоалкогольное образование учащихся, в СМИ и на ТВ

Комментарий Немцова А. В.: На этом и предыдущем слайде перечислены составляющие разумной алкогольной политики. Для того, чтобы алкогольная политика была эффективной необходимо на государственном уровне решить три взаимосвязанные проблемы: злоупотребление крепким алкоголем мужчинами трудоспособного возраста, доступность спиртного для несовершеннолетних и производство и потребление нелегальных алкогольных напитков.

Алкогольная политика должна быть комплексной. Прежде всего, необходим регулярный

мониторинг алкогольной ситуации в стране: выявление самых проблемных регионов и групп населения, источников производства нелегальных напитков и пути выхода их на рынок. Также должны быть определены четкие краткосрочные и долгосрочные цели политики и механизмы воздействия на алкогольный рынок, прежде всего — нелегальный.

Кроме того, для успеха алкогольной политики на государственном уровне необходимо разработать и внедрить систему индикаторов ее эффективности.

#2

ВЫВОДЫ

Проблема злоупотребления алкоголем в нашей стране вот уже много десятилетий является одной из важнейших социально-экономических и демографических проблем, как для общества, так и для государства. В настоящее время в соответствии с государственной политикой по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации на период до 2020 года разрабатывается и реализуется ряд мер и программ, направленных на снижение злоупотребления алкоголем и профилактику возникновения алкогольной зависимости. К сожалению, эти меры и программы реализуются недостаточно эффективно, и снижение потребления алкоголя и всех сопутствующих проблем, начавшееся в 2004 г. замедлилось с 2009 г. на фоне все новых и новых законодательных мер. Есть опасение, что в ближайшие годы начнется новый рост потребления алкоголя и, соответственно, алкогольной смертности.

Для того, чтобы эффективно бороться с алкоголизмом и пьянством необходимо детально знать алкогольную ситуацию в стране, определить цели и задачи алкогольной политики, выявить регионы с наиболее тяжелыми алкогольными проблемами и когорты людей с наибольшим алкогольным риском. Необходимо наладить мониторинг алкогольной ситуации, а также индикаторы эффективности алкогольной политики. Специалисты

считают, что наша проблема не столько алкоголизм (3-4% населения), сколько пьянство (до 40% мужского трудоспособного населения; четверть от этой популяции составляют женщины). Алкоголизм — это заболевание, а поэтому — это уже медицинский вопрос, а вот пьянство — это проблема комплексная, социальная, и далеко не всякий пьяница является алкоголиком.

Специалисты определяют портрет типичного пьяницы как — мужчина трудоспособного возраста, житель села или небольшого города, с невысоким уровнем образования, с преимущественным употреблением крепких напитков. Пьянству и, соответственно, алкоголизму сопутствует бедность. И наша и мировая практика показывает, что структура и объем потребляемых спиртных напитков зависит от уровня доходов (т.н. U-образная зависимость). Больше всего пьют люди с низким уровнем доходов, в структуре их потребления значительно преобладают крепкие алкогольные напитки и нелегальный алкоголь за счет его дешевизны. Меньше всего употребляют спиртные напитки люди со средним достатком (средний класс), а вот при увеличении дохода выше среднего кривая потребления алкоголя снова начинает расти, здесь преобладает опять крепкий алкоголь, но уже другого качества и стоимости. При этом состоятельные люди потребляют алкоголь в значительно меньших количествах, чем бедные.

В России в потреблении резко доминируют водка и ее суррогаты. Доля алкоголя пива в общем количестве потребленного алкоголя сравнительно невелика (по официальным данным в 2010 г. — 26% от общего потребления), но с учетом потребления нелегальных крепких напитков и суррогатов водки, алкоголь пива составляет всего 19–20% в общем потреблении. Эти данные относятся к 2010–2012 гг., до этого его доля была еще ниже. Таким образом, в России крайне неблагоприятное соотношение потребляемых напитков: в ущерб здоровью граждан доминируют крепкие напитки над потреблением слабоалкогольных (пива и, особенно, вина).

«Это подтверждают и наши, недавно проведенные исследования: у 76% пациентов наркологических клиник доминирует водка, только у 8% — пиво. Условно «водочный» алкоголизм существенно преобладал и в молодом возрасте: до 25 лет — в 7 раз, до 30 лет — в 8 раз, до 35 лет — в 11 раз. А в основном у алкоголиков преобладает смешанный тип потребления алкоголя, в котором доминируют крепкие напитки. Как и в мировой практике мы не нашли оснований для выделения особого «пивного» алкоголизма», — заявил Александр Немцов.

Проблема так называемого «пивного» алкоголизма, поднятая в 2000 г. на государственный уровень, оказалась ложной в связи с тем, что для алкоголиков характерен смешанный тип потребления спиртного со сменой напитков в течение жизни.

Алкогольная смертность и соответственно продолжительность жизни зависят не только от уровня потребления алкоголя, но так же и от ряда других факторов, таких как характер питания и медицинского обслуживания, жилищные условия, отношение к своему здоровью, а более широко — от цены человеческой жизни. Вот почему при сходном потреблении алкоголя в ряде европейских стран продолжительность жизни мужчин и женщин существенно выше, чем в России.

В рамках реализации Государственной алкогольной политики введены ограничения на продажу алкоголя в вечернее и ночное время. И это правильно. Однако, доступность алкоголя определяется не только по месту и времени продажи, но основной фактор доступности — низкая цена. С 1991 по 2000 год рост стоимости продуктов питания почти в три-четыре раза опережал рост стоимости алкоголя. И если в СССР в 70–80 гг. на среднюю зарплату можно было купить 35–40 полулитровых бутылок водки, то в 2006 году — уже 135. Сейчас минимальная цена на бутылку составляет 125 рублей за 0,5 литра (до 1 июля 2012 — 98 руб.). При зарплате 15 000 рублей это 120 бутылок водки.

Важной проблемой является доступность алкоголя для несовершеннолетних. Между тем проблема потребления алкоголя подростками — это не подростковая проблема; она вытекает из прямого правонарушения, допускаемого взрослыми, продающими алкогольные напитки несовершеннолетним. В настоящее время ответственность, согласно поправкам в УК РФ и КоАП РФ, внесенным Федеральным законом от 21.07.2011 № 253-ФЗ, усилена, вплоть до уголовной — в случае установления фактов розничной продажи алкогольной продукции несовершеннолетним неоднократно.

Подводя итог пресс-конференции, следует сказать, что первой задачей алкогольной политики на государственном уровне является решение трех взаимосвязанных проблем: злоупотребление крепким алкоголем мужчинами трудоспособного возраста, доступность спиртного для несовершеннолетних и производство и потребление нелегальных алкогольных напитков. Алкогольная политика должна быть комплексной. Прежде всего, необходим регулярный мониторинг алкогольной ситуации в стране: выявление самых проблемных регионов и групп населения, источников производства нелегальных напитков и пути выхода их на рынок. Также должны быть определены четкие краткосрочные

и долгосрочные цели политики и механизмы воздействия на алкогольный рынок, прежде всего — нелегальный.

Кроме того, для успеха алкогольной политики на государственном уровне необходимо разработать и внедрить систему индикаторов ее эффективности.

Пресс-конференция «Алкогольные проблемы России» была проведена Фондом «Единое Общество» 5 сентября 2012 г. в РИА Новости.

Об алкогольных проблемах России рассказали Миронова Татьяна Владимировна, заместитель директора Фонда «Единое общество» и Немцов Александр Викентьевич, доктор медицинских наук, руководитель отдела информатики и системных исследований Московского НИИ психиатрии МЗСР РФ.

Фонд развития социально-информационных проектов «Единое Общество»

Фонд «Единое Общество» занимается разработкой и реализацией проектов, направленных на объединение общественных усилий и инициатив, содействующих гармоничному развитию общества, его духовно-нравственному возрождению.

Большое внимание Фонд уделяет формированию конструктивного диалога между бизнесом и обществом, в частности проектам по развитию социальной ответственности и корпоративной благотворительности.

Дополнительная информация

Тел.: +7-495-792-63-88, +7-916-364-04-17

E-mail: mt@unitedsociety.ru

#3

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ДОСТУПНОСТЬ ДЕШЕВОЙ (НЕЛЕГАЛЬНОЙ) ВОДКИ В РОССИИ

Немцов А.В., Клименко И.П., Орлов А.В.

ж ВН*. 2010. №2. С.72-76

Московский научно-исследовательский институт
психиатрии Минздравсоцразвития России

107076, Москва, ул. Потешная, 3

Всероссийское православное братство «Трезвение»

Задача исследования — изучение распространенности и доступности дешевой (нелегальной) водки в России. Объект исследования — бутылка водки дешевле 89 рублей. Обследовано 154 магазина в пяти федеральных округах. Практически во всех магазинах обнаружена дешевая водка по цене от 42 рублей (средняя цена — 73 рубля).

Разнообразие марок дешевой водки преобладало в центре населенных пунктов (6 против 3) и супермаркетах по сравнению с магазинами (6 против 1). Практически на всех учтенных бутылках (664 шт.) была акцизная марка (97%). Исследование показало, что дешевая (нелегальная) водка широко распространена и доступна в Российской Федерации.

С середины 1960-х гг. злоупотребление спиртными напитками стало тяжелой медицинской, экономической и социальной проблемой страны, а в последние десятилетия — фактором депопуляции населения. Среди многих причин злоупотребления важным фактом является доступность алкогольных напитков, произведенных нелегально, главным образом водки и ее суррогатов, которые выходят на рынок без уплаты акцизов, а значит очень дешевых. В результате, в последние два десятилетия рост цен на спиртное в три раза отставал от роста цен на пищевые продукты. При этом в России нелегальные крепкие напитки составляют, по разным источникам, от 40% до 65% соответствующего рынка¹. Особенность последнего десятилетия состоит в том, что нелегальная водка «легализуется» посредством продажи в лицензированных магазинах. Это делает ее еще более доступной.

Одним из отличительных признаков нелегальной водки является ее цена, которая, как правило, дешевле самой дешевой легально произведенной водки. Стоимость последней складывается из цены производителя в 77,44 руб. (сырье, комплектующие, другие производственные расходы, акциз в 38 руб. за 0,5 л, НДС, прибыль производителя³) и 15%-ной надбавки дистрибьютора и магазина — в итоге не менее 89 руб. за 0,5 л. Эта предельная цена подтверждена приказом Федеральной службы «Росалкогольрегулирование» (№ 15563 от 30.11.2009 г.), где сказано: «Установить с 1 января 2010 г. минимальную розничную (потребительскую) цену на водку, производимую на территории Российской Федерации или ввозимую на таможенную территорию Российской Федерации, в размере 89 руб. за 0,5 л готовой продукции». При этом следует помнить, что себестоимость бутылки дешевой водки составляет 17 руб. (стеклотара,

* — журнал «Вопросы наркологии»

этикетка, спирт, вода и производственные расходы). Это значит, что нелегальная водка может принести прибыль до 400%.

В связи с вышеизложенным, в задачу исследования входило изучение распространенности и доступности дешевой (нелегальной) водки в России. Объект исследования — бутылка водки дешевле 89 руб. (далее — дешевая водка).

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование проводилось с 8 по 22 октября 2009 г. Респондентами были члены Всероссийского братства «Трезвение» и представители других трезвеннических организаций России, которым было разослано 1500 анкет для сбора сведений о цене дешевой водки, месте ее производства и некоторых других данных — всего 13 показателей. К анкете была приложена инструкция по ее заполнению и объяснение задачи исследования. Респондентам предлагалось обойти ближайшие к месту жительства или работе винно-водочные магазины и зафиксировать наличие водки дешевле 90 руб. за 0,5 л. Каждая анкета была рассчитана на один магазин. Получено 156

заполненных анкет, из которых только одна не соответствовала нормативам заполнения. Цены бутылок большего объема пересчитывались на полулитровый объем. В качестве статистической процедуры использовался анализ таблиц 2×2.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Из 155 присланных анкет только 11 свидетельствовали об отсутствии в магазинах дешевой водки. Следует отметить, что через два дня по завершении сбора анкет в одном из этих магазинов появилась водка «Суворка» по цене 59,9 руб. (в анализ не вошла), а еще через две недели цена той же водки в том же магазине выросла до 89,9 руб. В 144 магазинах было зафиксировано 664 бутылки дешевой водки. Распределение цен этих бутылок имеет полимодальный характер (моды 49–50, 60, 70, 74–76 и 85 руб.), минимальная цена — 42 руб.

Исследование охватило 6 федеральных округов (ФО) Российской Федерации, 12 областей, 21 город и 6 поселков. В отдельных населенных пунктах было обследовано от 1 до 24 магазинов (Екатеринбург). Распределение цен по ФО представлено в таблице, разброс

Распределение цены (руб.) дешевой водки в ФО России

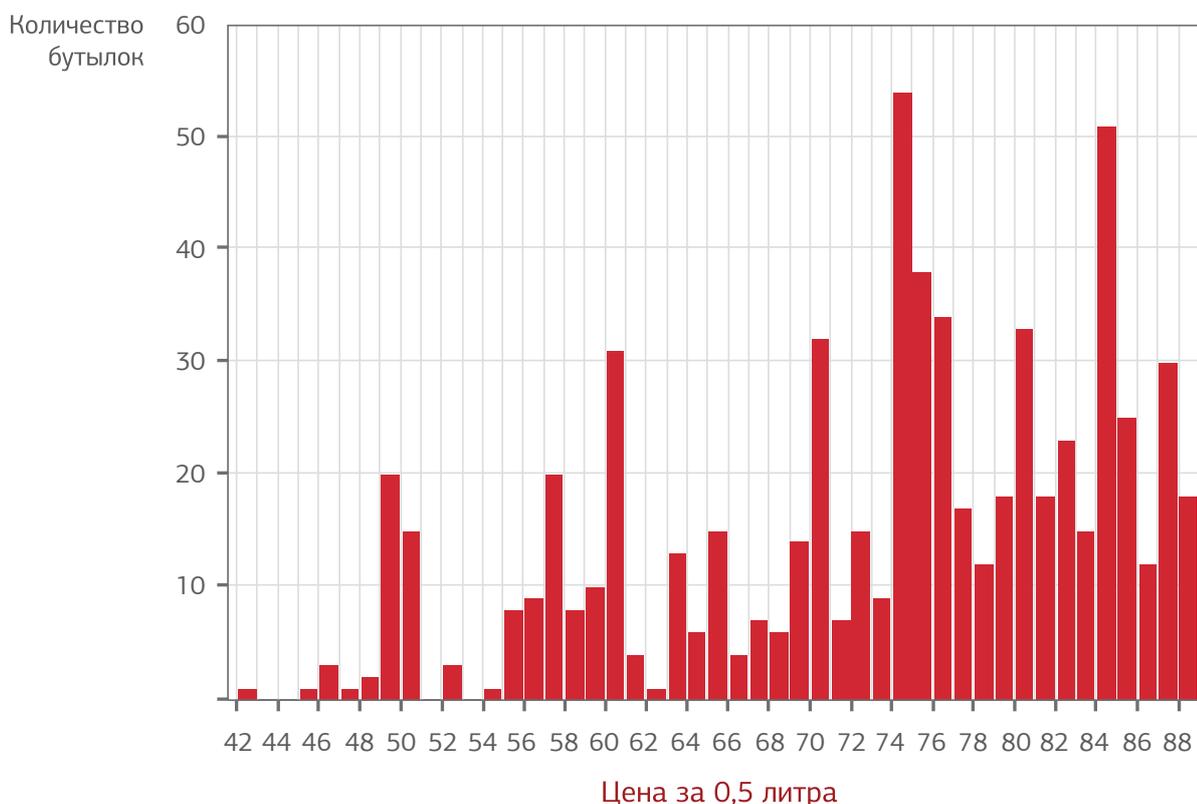
Федеральный округ	Количество бутылок	Количество магазинов	Средняя цена	Медианная цена	Минимальная цена
Поволжский	200	18	77,05	76,40	49,90
Южный	184	36	74,50	76,10	42,00
Центральный	107	35	73,24	75,00	46,90
Северо-Западный	42	12	71,35	73,00	52,00
Уральский	126	41	65,25	64,50	48,80
Сибирский	5	2	57,16	59,00	46,90
Всего	664	144	72,98	75,00	42,00

средних цен был невелик (65,3–77,1 руб.), также мало различался разброс цен отдельных бутылок по ФО.

Для простоты анализа градация местоположения магазинов была сокращена за счет объединения «центр–близко к центру» (далее — центр) и «неблизко к центру–окраина» (далее — окраина). В первой группе магазинов (75) зафиксировано 437 бутылок дешевой водки, тогда как во второй (67) — только 189. Из этого следует, что на один магазин в центре приходится 5,8 марок дешевой водки, а на окраине — 2,8 ($p=0,029$). Подавляющее большинство типов торговых точек — продуктовые магазины (58%) или винно-водочные отделы супермаркетов (34%). На 50 супермаркетов приходилось 313 бутылок дешевой водки, тогда как на 84 магазина — 85 бутылок, или соответственно 6,3 и 1,0 марок дешевой водки на торговую точку.

Практически все учтенные бутылки дешевой водки имели акцизную марку (97%). Как правило, вся обследуемая продукция была выставлена на витрине и, по сообщениям респондентов, находилась на более низких, доступных обзору полках, вино — выше, а более дорогие напитки располагались на самых верхних полках. Сведения о рабочем времени были получены для 126 магазинов, из которых 49% работали круглосуточно. Половина из оставшихся открывались в 8–9 ч утра, а четверть работали до 24 ч.

В 15% обследованных магазинов происходило распитие спиртного в магазине, в 31% — на территории рядом с магазином. Респонденты отмечали, что продавцы часто препятствовали сбору информации, например, пытались вырвать анкету и вытолкнуть респондентов из магазина. Обращают на себя внимание многочисленные акции, проводимые при продаже алкоголя. Например (орфография сохранена):



Распределение цены 664 бутылок дешевой водки (меньше 89 рублей) в 144 магазинах России

1) «Купи 1 водки «Старорусская пшеничная» — получи 1,5 л лимонада «Форд!»», 2) «В магазине проходит акция: при покупке литра «Ржевки» (более 90 руб. — в подарок 2 пачки сигарет. При покупке 0,5 литра водки «Настоящая» — в подарок 1,5 литра пива», 3) «Купи бутылку «Ржевки» 1л — получи 2 пачки сигарет в подарок!», 4) На входной двери магазина объявление: «Акция! Водка 0,5 л — 56 руб. Круглосуточно».

Сверх задания респонденты сообщили о широкой продаже самогона и разведенного спирта по цене от 35 до 50 руб. за 0,5 л. Отмечены случаи торговли разведенным спиртом в розлив по 8 рублей за 100 мл. Торговля ведется в гаражах, частных домах, в квартирах.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

В работе представлены материалы только по 5 из 8 ФО, отсутствовали данные о Дальневосточном и Восточно-Сибирском ФО, слабо представлен Сибирский ФО. Но в отношении исследованных пяти ФО можно утверждать, что дешевая (нелегальная) водка продавалась практически во всех лицензированных магазинах. Последние обстоятельства свидетельствуют о широте ее распространения и доступности. При этом более широкий выбор сортов дешевой водки обнаруживался в супермаркетах и магазинах центральных частей населенных пунктов, т.е. в наиболее посещаемых торговых точках.

Примечательно, что практически вся нелегальная продукция имела акцизные марки, скорее всего, фальшивые и нелегально приобретенные. Стоит отметить, что исследование, выявившее широкое предложение нелегальной водки, проводилось почти через год после Указа Президента о создании «Росалкогольрегулирования»⁴.

В задачу работы не входил учет нелегальной алкогольной продукции, реализуемой в нелегальных условиях. Однако респонденты

отметили широкое распространение такой торговли. Об этом же недавно сообщили авторы из Новосибирска⁵.

Заслуживает внимания появление дешевой водки «Суворка» через два дня по окончании исследования в одном из 11 магазинов, где эта водка до того отсутствовала. В связи с этим можно предположить, что в России нет магазинов, где хотя бы временно не было дешевой водки. Примечательно и то, что в начале ноября 2009 г. цена той же самой водки была повышена до 89,9 рублей за 0,5 л. Это, скорее всего, связано с приказом «Росалкогольрегулирования» № 15563 о минимальной цене водки, вступающим в силу с 1 января 2010 г. Такая переоценка свидетельствует о быстрой адаптации торговли спиртным к новым условиям и о возможном повышении цены нелегальной водки до 89 руб. и выше, что увеличит прибыльность ее реализации.

В связи с этим можно предположить, что в результате установления минимальной стоимости водки цена нелегальной водки в магазинах увеличится до требуемого уровня, и в то же время можно ожидать расширения нелегальной торговли вне лицензированных магазинов. Но возможно и то, что нелегальная водка будет продаваться в лицензированных магазинах по ценам, ниже 89 руб., так как приказ «Росалкогольрегулирования» не предусматривает каких-либо санкций. Так, первый вице-премьер В. Зубков считает, что «введение минимальной цены позволит россиянам делать осознанный выбор между нелегальной и легальной алкогольной продукцией»². Такая постановка вопроса предполагает наличие в магазинах нелегальной водки для того, чтобы население могло делать «осознанный выбор». Но и до 1 января 2010 г. выбор россиян был осознанным и определялся тем, что большая часть потребителей не имела возможности платить за бутылку более 50–70 рублей.

Предполагается повторить исследование через год, в новых условиях алкогольного рынка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Немцов А.В. // *Алкогольная история России. Новейший период.* — URSS. М., 2009. — 158 с.
2. *Российская газета.* 16.12.2009. С. 1.
3. *Русская водка* // 2009. № 4. С. 7.
4. Указ Президента РФ об образовании Федеральной службы по регулированию алкогольного рынка. 30.12.2008. № 1883.
5. Bobrova N. *Drinking Alcohol Surrogates Among Clients of an Alcohol-Misuser Treatment Clinic in Novosibirsk* / N. Bobrova, R. West, D. Malutina et al. // *Russia Substance Use & Misuse.* 2009. Vol. 44. P. 1821–1832.

#4

СООТНОШЕНИЕ «ПИВНОГО» И «ВОДОЧНОГО» АЛКОГОЛИЗМА: КОЛИЧЕСТВЕННЫЙ АНАЛИЗ ДОМИНИРОВАНИЯ

Немцов А.В., Брюн Е.А., Бузик О.Ж., Орлов А.В., Бояринцев Д.Н., Фоменков А.А., Колесников А.Е., Матис О.А., Вдовин А.С., Пахомов С.Р., Попов С.И. ж ВН*. 2012. №2. С.32-46

Московский научно-практический центр наркологии ДЗ г. Москвы
Московский научно-исследовательский институт психиатрии
Минздравсоцразвития России

С помощью структурированного интервью обследовано 308 больных алкоголизмом (F10.2) в возрасте от 18 до 73 лет (медиана — 44,0 года; 50 женщин и 258 мужчин), поступивших на стационарное лечение в Московский научно-практический центр наркологии. Принципом для рабочего определения вида алкоголизма («пивного», «водочного» и др.) у конкретного пациента служила оценка доминирующего вида спиртного в структуре употребляемых этим пациентом в течение последнего года алкогольных напитков ($\geq 75\%$ суммарного потребления по чистому этанолу).

Установлено, что возрастные характеристики этапов алкоголизма — возраста первого опьянения, начала систематического употребления и злоупотребления алкоголем, формирования алкогольного абстинентного синдрома — у «пивных» и «водочных» больных достоверно не различались (соответственно, 16,5 и 17,0 лет, 21,0 и 22,0 года, 29,5 и 27,0 лет, 35,0 и 32,0 года). На всех этапах заболевания преобладающее большинство пациентов (от 60% до 76%) употребляло преимущественно водку. Также и на момент обследования «водочный» алкоголизм определялся у 75,6%, а «пивной» — у 8,4% больных (26 чел.). В молодом возрасте «водочный» алкоголизм существенно преобладал над «пивным»: в возрасте до 25 лет — в 7 раз, до 30 лет — в 8 раз, до 35 лет — в 11 раз. Полученные результаты не подтверждают представления о широкой распространенности «пивного» алкоголизма, в том числе, среди лиц молодого возраста.

После 1997 г. в России происходил постоянный рост производства и потребления пива — с 17,0 л (1998 г.) до 81,3 л (2007 г.) на человека в год. Затем его потребление начало снижаться (69,7 л в 2010 г.). Россия по потреблению пива относится к странам с умеренным уровнем потребления (от 40 до 80 л). В число этих стран входит Франция, Греция, Норвегия, Румыния, Испания, Швеция и некоторые другие. Лидером по потре-

блению пива является Чехия (160 л на человека в год).

Несмотря на почти 5-кратный рост потребления пива за 10 лет, с нашей точки зрения, это явление не представляет большой опасности для населения, так как доля «алкоголя пива» в общем количестве потребленного алкоголя сравнительно невелика (в 2010 г. — 26% от общего потребления). Для сравнения, по данным

Росстата, в составе крепких напитков население потребляет 61% алкоголя. Однако с учетом того, что Росстат не учитывает потребление нелегального спиртного, в котором доминируют суррогаты водки, «алкоголь пива» составляет приблизительно 19–20% в общем потреблении. Тем не менее, проблема с пивом существует, и она состоит в том, что из-за ценовой доступности пиво стало важной составной частью подростковой культуры. Возможно, главным образом, из-за этого и выросло негативное отношение к пиву у большей части населения. Между тем проблема потребления пива подростками в значительной степени вытекает из прямого правонарушения, допускаемого взрослыми, а именно — лицами, которые продают пиво несовершеннолетним. В соответствии с принятым в прошлом году Федеральным законом от 18.07.2011 № 218-ФЗ (подпункт «л» пункта 3 ст. 1) пиво и напитки, изготавливаемые на его основе, отнесены к алкогольной продукции. Поэтому за отпуск пива несовершеннолетним устанавливается такая же ответственность, как и за отпуск любых других видов алкогольной продукции. В настоящее время такая ответственность, согласно поправкам в УК РФ и КоАП РФ, внесенным Федеральным законом от 21.07.2011 № 253-ФЗ, усилена, вплоть до уголовной — в случае установления фактов розничной продажи алкогольной продукции несовершеннолетним неоднократно.

В 2000 г. негативное общественное настроение населения в отношении пива и, возможно, давление водочного лобби получили свое отражение в постановлении Первого заместителя Министра здравоохранения и главного государственного санитарного врача РФ Г.Г. Онищенко «Об усилении Госсанэпиднадзора за пивоваренной продукцией» (№ 16; 15.12.2000). В этом документе наряду с рядом вполне разумных требований содержались некоторые непроверенные утверждения, например, о росте в стране «пивного»¹ алкоголизма, статистический учет которого реально не осуществлялся, а научная разработка

темы не проводилась. Постановление открыло антипивную кампанию, в которую активно включились СМИ, создавая образ пива, как главной алкогольной проблемы нашей страны. К настоящему времени кампания постепенно затихла, но осталось устойчивое представление о тяжести и широкой распространенности «пивного» алкоголизма, подогреваемое СМИ [6].

Зарубежные исследования в целом относительно мало касались сравнительного воздействия разных видов спиртных напитков, а больше — количества потребляемого алкоголя. Однако в 1980–1990 гг. был выполнен ряд работ, посвященных изучению преимущественно клинических особенностей «пивного» алкоголизма или условий (семья, окружение, реклама), при которых потребление пива приводит к тяжелым последствиям, как у взрослых, так и у подростков. Эти работы не могли помочь в решении российских эпидемиологических вопросов. Кстати, следует заметить, что PubMed на запрос «beer alcoholism» не выдает ни одной работы, а статьи на запрос «beer binging» освещают не собственно проблему алкоголизма как заболевания, но, скорее, только вопросы тяжелого злоупотребления пивом без выделения среди обследованных больных алкоголизмом. Например, исследован [17] риск смерти у двух групп потребителей пива: употребляющих 3 и менее или 6 и более бутылок в день. Естественно, что риск умереть был выше у второй группы обследованных. Сравнительно редкие публикации западных исследователей относительно сравнения вреда вина, пива и крепких напитков (например, [12, 13, 19]) в большинстве своем сходятся на том, что у потребителей пива и вина значительно меньше соматических осложнений в сравнении с потребителями крепких алкогольных напитков. При сравнении вина и пива, авторы склоняются к тому, что у потребителей пива имеется несколько больший риск стать тяжелым пьяницей в сравнении с потребителями вина [16]. Совсем не нашлось материалов о распространенности

¹ В классификации МКБ-10 не выделяется алкоголизм по видам доминирующих напитков (водочный, пивной, винный и т.д.), поэтому все эти виды требуют выделения навычками. ПА и ВА — не только «пивной» или «водочный» алкоголизм, но и большой (больные) алкоголизмом.

зависимости с доминированием употребления пива среди всей совокупности больных алкоголизмом.

К сожалению, научный интерес к этой теме в России неадекватен ни росту потребления пива, ни циркуляции этой темы в СМИ, ни настроениям населения. В России опубликовано всего несколько работ, специально посвященных проблеме потребления пива. В одной из них (обзор [10]) авторы приходят к выводу, что пиво может снижать риск развития ряда заболеваний. Более того, авторы считают, что одна из наиболее значимых причин депопуляции в России — это высокий уровень потребления крепких алкогольных напитков, и что тенденция к снижению числа случайных отравлений алкоголем в 2005–2006 гг. связана с процессом замены крепких алкогольных напитков пивом. Существует и другая точка зрения: так, в одной из работ [5] приводятся примеры тяжелых последствий «пивного» алкоголизма в сравнении с «водочным». Также в этой статье, посвященной особенностям формирования и клиническим проявлениям абстинентного синдрома у больных «пивным» алкоголизмом, авторы указывают, что «значимость изучения... пивного алкоголизма связана... с его большой распространенностью». При этом не приводятся никаких доказательств этого важного и ответственного заключения. Кроме того, данная работа содержит ряд серьезных методических погрешностей [8]. Более убедительно данные о распространенности «пивного» алкоголизма среди когорты алкоголиков представлены в отчете сотрудников Санкт-Петербургского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева [4], которые показали, что при алкогольной зависимости потребление исключительно пива встречается крайне редко (1%). Большинство же больных практикует смешанное потребление различных видов алкогольных напитков, а в целом — преобладают пациенты, предпочитающие крепкий алкоголь, и, чем выше доля крепких спиртных напитков в структуре потребления, тем тяжелее течение алкогольной зависимости.

Следует отметить, что в работе А.Ю. Егорова [3] о подростковом алкоголизме словосочетание «пивной» алкоголизм не встречается ни разу, притом что он обследовал больных в возрасте 15–20 лет. В этой же работе показано, что формирование у небольшой части подростков второй стадии алкоголизма сопровождается переходом к употреблению крепких напитков.

Понятие «пивной» алкоголизм (без кавычек) широко употребляется в другой работе, также посвященной изучению подросткового алкоголизма [2], однако, при этом в данной публикации отсутствуют прямые доказательства формирования алкогольной зависимости у подростков, злоупотребляющих пивом. В трети случаев у обследованных подростков употребление пива сочетается с употреблением водки. Можно допустить, что только у части потребителей пива, включенных в исследование, описанное в этой работе, может быть квалифицирован алкоголизм первой стадии.

Как видно, адекватной научной разработки темы «пивного» алкоголизма вслед за «антипивным демаршем» не произошло. Можно сказать, что российская наркология упустила эту тему. До 1985 г. российские исследователи очень активно занимались подростковым алкоголизмом, но тогда проблема «пивного» алкоголизма среди молодежи не была столь актуальна. С началом антиалкогольной кампании 1985 г. разработка этой темы прекратилась вместе с резким сокращением количества больных ранним алкоголизмом.

Задача настоящей работы состояла в том, чтобы оценить распространенность «пивного» алкоголизма среди зависимых от алкоголя лиц в наркологическом стационаре г. Москвы. При этом прежде всего необходимо дать определение «пивного» алкоголизма. Так, в одной из вышеупомянутых работ [5] авторы попросту обошлись без такого определения, и только в описании критериев

включения больных в исследование отметили: «У всех обследованных больных алкоголизм сформировался в результате злоупотребления пивом». Но авторы из г. Санкт-Петербурга [4] показали, что подавляющее большинство больных предпочитает смешанное потребление различных видов спиртного — даже те, у кого в структуре потребления алкогольных напитков доминирует пиво. В таком случае критерии включения больных в исследование А.А. и А.А. Ковалевых [5] некорректны.

В нашей работе, в связи с сочетанным потреблением обследуемыми пациентами различных видов спиртных напитков, возможностью смены доминирующего напитка в течение болезни, квалификация «пивного» алкоголизма проводилась на основании следующего принятого нами рабочего определения: «пивной» алкоголизм — алкогольная зависимость с преобладанием употребления пива ($\geq 75\%$ суммарного потребления по чистому этанолу) в запоях последнего года. Этот же принцип был положен в основу квалификации других видов алкоголизма («водочного», «винного», «коньячного», «коктейльного» и др.).

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование выполнено посредством структурированного интервью, которое проводилось врачами Московского научно-практического центра наркологии с вновь поступившими на стационарное лечение больными алкоголизмом (F10.2) в период с 21.10.2010 по 29.04.2011. Все больные дали информированное согласие на обследование. Применялся опросник, содержащий 59 анамнестических и клинических вопросов, в которых основной акцент делался на выяснении возрастной динамики употребления спиртных напитков, предпочтения больными тех или иных их видов и изменений толерантности к алкоголю в течение жизни. Из исследования исключались пациенты, находящиеся в состоянии алкогольного опьянения или похмелья, а также имеющие отчетливые психорганические изменения. После первичного

обследования пациентов врачами центра, их повторное обследование проводил независимый эксперт для проверки точности диагноза вида алкоголизма («пивного», «водочного» и т.д.) и расчетов доминирующего напитка.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью программы Statistica 7. Вычислялись медиана (Me), мода (Mo), степень корреляции определялась с помощью построения корреляционных полей, достоверность различий между сравниваемыми параметрами оценивалась по U-критерию Манна-Уитни.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обследовано 308 пациентов в возрасте от 18 до 73 лет: 50 женщин (16%) и 258 мужчин (84%), возрастное распределение которых имеет бимодальную форму, как при первом обращении за медицинской помощью по поводу алкоголизма (Mo — 30–35 и 45–50 лет соответственно; общая Me — 44,0 года), так и при настоящем поступлении (30–35 и 50–55 лет соответственно; рис. 1). Больные до 25 лет составили 2,9%, до 30 — 12,8%. «Водочные» алкоголики были в среднем старше «пивных» (Me — 45 и 39 лет соответственно; $p=0,05$). То же наблюдалось и при первом обращении (Me — 40 и 38 лет соответственно), но различие было незначимым.

115 пациентов (38%) были женаты/замужем, 15 (5%) — проживали в гражданском браке, 75 (25%) — разведены, 19 (6%) — вдовцы. Остальные не были женаты или замужем. Большую группу составляли пациенты, имеющие среднее специальное образование (127 человек, или 41%), 78 (25%) — имели среднее образование, 72 (23%) — высшее, 17 (23%) — незаконченное высшее и 12 (4%) не получили среднее образование. Свое материальное положение больные оценивали как среднее (233 или 78%), ниже среднего (54 или 18%) и выше среднего (11 или 4%).

Почти все больные ранее лечились по поводу алкоголизма (199 или 65% — стационарно),

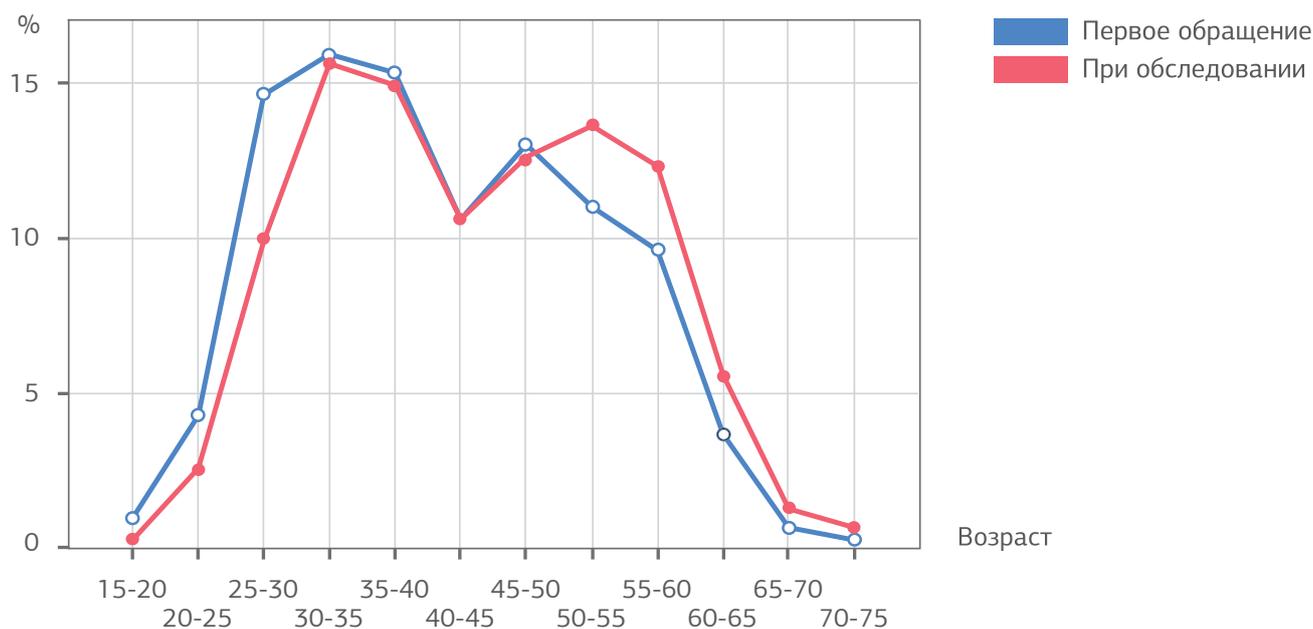


Рис. 1. Распределение больных алкоголизмом по возрасту первого обращения за наркологической помощью и при настоящем обследовании

в среднем за 4 года до настоящего обследования. «Пивные» больные стационарировались от 2 до 9 раз, «водочные» — от 1 до 16 раз ($p > 0,05$), включая стационарирование при обследовании.

Основные возрастные характеристики этапов приобщения к алкоголю и алкоголизма у «пивных» и «водочных» больных представлены в табл. 1.

Все различия показателей «водочных» и «пивных» пациентов в табл. 1 незначимы (U-критерий Манна-Уитни).

Соотношение больных по доминирующим в структуре их алкоголизации алкогольным напиткам на разных этапах приобщения к алкоголю и алкоголизма представлено в табл. 2.

В рубрику «Другое» отнесены больные, у которых преобладающий напиток выделить не удалось. Следует отметить, что напитки «этапа первого опьянения» различались у «водочных» и «пивных» алкоголиков: у первых

соотношение водки и пива на этом этапе составляло 64% к 7%, у вторых — 27% к 58% ($p = 0,0003$); вино на этом же этапе использовали соответственно 18 и 15%.

По мере продвижения к систематическому пьянству (до 2-х раз в неделю) и злоупотреблению алкоголем (более 2-х раз в неделю) у «водочных» больных степень доминирования водки возрастала (соответственно 82 и 94%), а степень доминирования пива и вина сокращалась (соответственно 16 и 5%). С появлением у этих пациентов алкогольного абстинентного синдрома (ААС) и переходом к запоям доминирование водки было стопроцентным. Сходным образом, у «пивных» нарастала степень доминирования пива на этапе систематического употребления и злоупотребления алкоголем (65 и 77%).

Среди потребителей с доминированием водки преобладали мужчины (88%). Они преобладали и среди «пивных» алкоголиков (73%), но это различие с женщинами оказалось незначимым, как и различие по другим напиткам (рис. 2).

Таблица 1

Возрастные характеристики этапов алкоголизации и алкоголизма

Этапы алкоголизации и алкоголизма	Доминирование потребления пива				Доминирование потребления водки			
	п	Медиана	Мин.-макс.	Верх.-ниж. квартиль	п	Медиана	Мин.-макс.	Верх.-ниж. квартиль
Первое опьянение	26	16,5	12-35	16-18	233	17	10-33	15-18
Систематическое употребление	26	21	17-48	20-28	233	22	14-48	19-25
Злоупотребление	26	29,5	19-50	23-35	231	27	16-50	23-34
ААС	26	35	22-56	25-40	230	32	17-69	26-40

35

Таблица 2

Соотношение больных по доминирующим в структуре их алкоголизации алкогольным напиткам на разных этапах приобщения к алкоголю и алкоголизм, в %

Этапы алкоголизации и алкоголизма	Пиво	Вино	Водка	Коньяк	Коктейли	Спирт	Другое	Сумма
Первое опьянение	14	21	60	1	1	1	2	100
Начало систематического употребления	18	9	70	0	1	0	2	100
Начало злоупотребления	14	5	78	1	1	0	1	100
Последний год перед обследованием	8	3	76	3	3	0	7	100

В последний год во время запоев доминирующим напитком была водка (рис. 3), которая существенно (в 9 раз) преобладала над другими напитками, включая пиво.

«Водочные» алкоголики значительно доминировали во всех возрастных категориях (рис. 4). За пределами рисунка осталось 3 «водочных» больных: один 18 лет и двое 73.

У всех больных был сформирован ААС, который возникал в возрасте от 17 до 69 лет (Me — 31,5 года): до 25 лет — у 24%, до 30 лет — у 48% больных. Продолжительность течения ААС у «пивных» и «водочных» алкоголиков не различалась (Me — 3 дня), однако ее разброс у «водочных» был больше в сравнении с «пивными» (1–14 против 1–7 дня). Распределение возраста появления ААС у «пивных» алкоголиков при обследовании имеет бимодальную форму с максимумами 25–27 и 37–39 лет (рис. 5). При этом первое опьянение, преимущественно пивом, наблюдалось у всех в 14–18 лет, однако на этапе систематического употребления, а также на этапе начала злоупотребления алкоголем «пивные» расходятся в две группы (Mo соответственно в 17–21 и 20–30 лет и в 20–24 и 35–39 лет) по отношению к возрасту появления ААС. Похожим образом у «пивных» алкоголиков возникает разделение на группы

на этапах утраты количественного и ситуационного контроля, появление амнезий и запоев.

В отличие от «пивных» алкоголиков распределение по возрасту формирования ААС у «водочных» больных мономодальное с Mo в 28–30 лет (рис.5).

Me толерантности к алкоголю при «пивном» алкоголизме составила 3 л пива (около 120 мл или 95 г чистого спирта; разброс 0,5–7,0 л), а при водочном — 0,5 л водки (около 200 мл или 160 г чистого спирта; разброс 0,2–2,0 л).

При обследовании больных выявлена только одна пациентка 21 года, которая в течение жизни употребляла исключительно пиво, как в запоях, так и между ними. И лишь для нескольких мужчин водка была единственным напитком в течение заболевания.

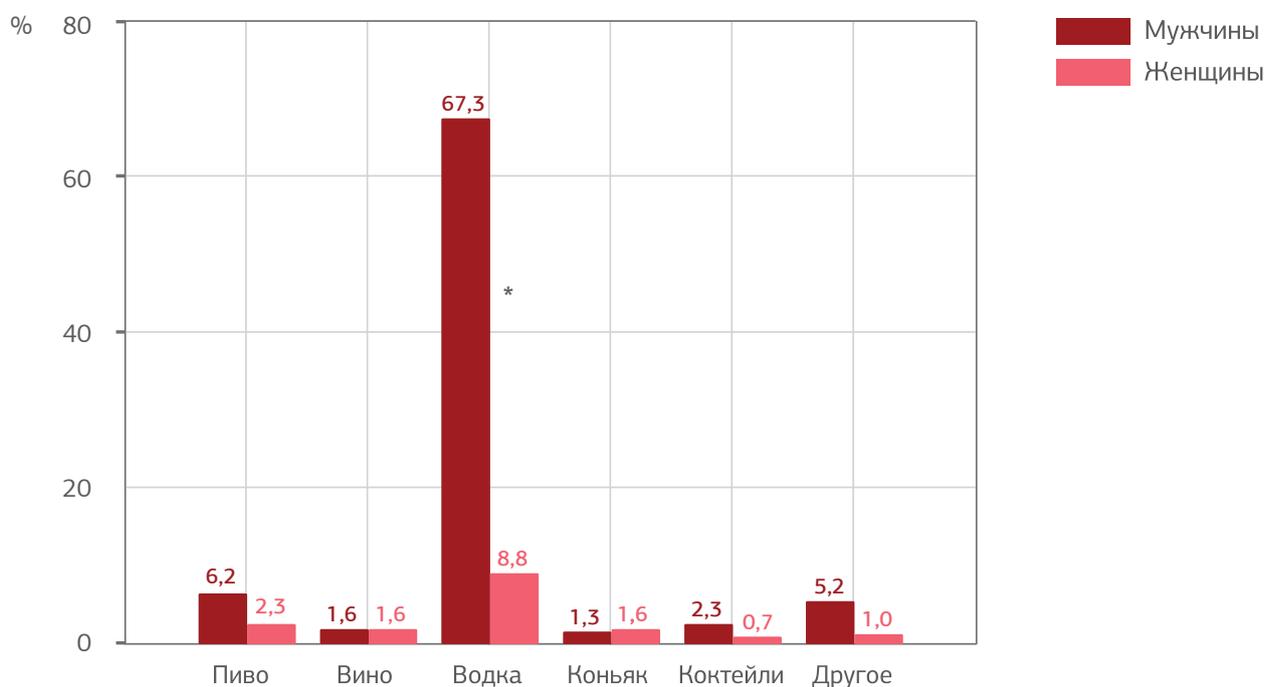


Рис. 2. Распределение больных алкоголизмом по полу и доминирующим алкогольным напиткам (числами обозначена доля больных в % от их общего количества; «*» — $p=0,0001$)

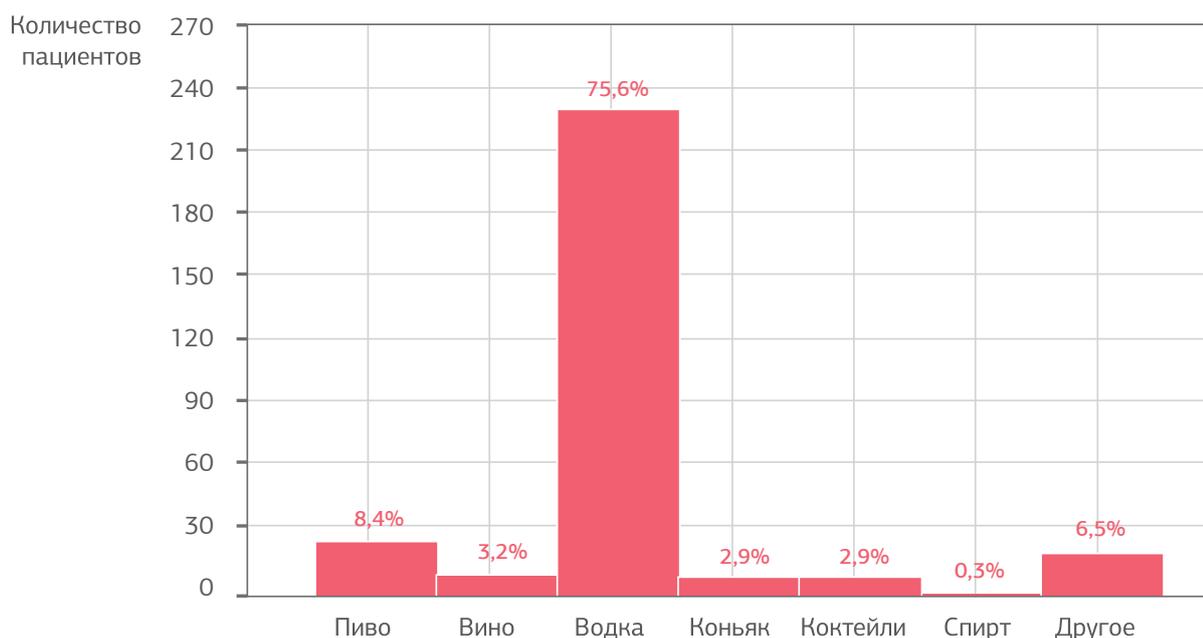


Рис. 3. Распределение больных алкоголизмом по доминирующим напиткам во время запоев в последний год перед обследованием (числа — доля больных в % от их общего количества)

По мере прогрессирования заболевания происходило уменьшение потребления вина и пива и рост потребления водки, коньяка и коктейлей. Однако на всех этапах наблюдалось существенное доминирование потребления водки (табл. 2). Важно подчеркнуть, что это было характерно и для молодого возраста: «водочный» алкоголизм существенно преобладал над «пивным»: до 25 лет — в 7 раз, до 30 лет — в 8 раз, до 35 лет — в 11 раз.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

Первое, на что обращают внимание результаты работы — отсутствие больных алкоголизмом с потреблением единственного алкогольного напитка. Как правило, потребление у них смешанное, также как и в исследовании петербургских авторов [4]. Чаще всего совмещаются или чередуются водка и пиво. Вот почему можно говорить только о преобладании того или другого алкогольного напитка. При этом в запое может доминировать один напиток, а в межзапойном периоде — другой.

И даже в запое может произойти смена доминирующего напитка. Но, поскольку основная алкогольная нагрузка у больных приходится на запои и определяется употреблением чистого этанола, в качестве критерия для квалификации вида алкоголизма по доминирующему напитку («пивной», «водочный» и т.д.) нами было избрано преобладание того или другого напитка в течение запоя по количеству содержащегося в нем алкоголя ($\geq 75\%$ от потребляемого в запое этанола).

Среди 308 больных была зафиксирована только одна молодая женщина (21 год), которая и в запое, и вне него употребляла исключительно пиво. Трудно сказать, как долго у этой больной продержится такой мономодальный стиль потребления. Такая же больная описана в петербургском исследовании [4]. Еще несколько больных в нашей выборке употребляли только водку. Эти случаи являются редким исключением из правила: для больных алкоголизмом характерно смешанное потребление различных видов спиртных напитков.

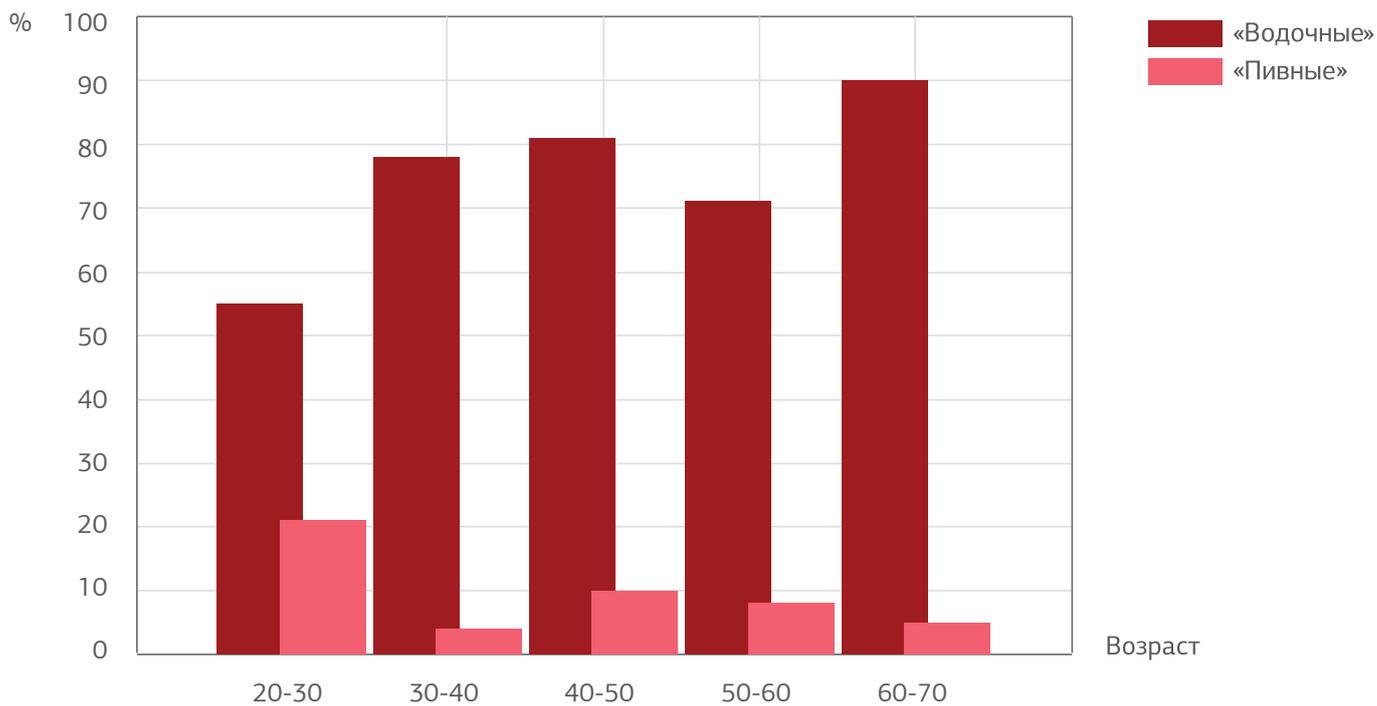


Рис. 4. Соотношение «водочных» и «пивных» алкоголиков в разных возрастных группах (каждая группа принята за 100%)

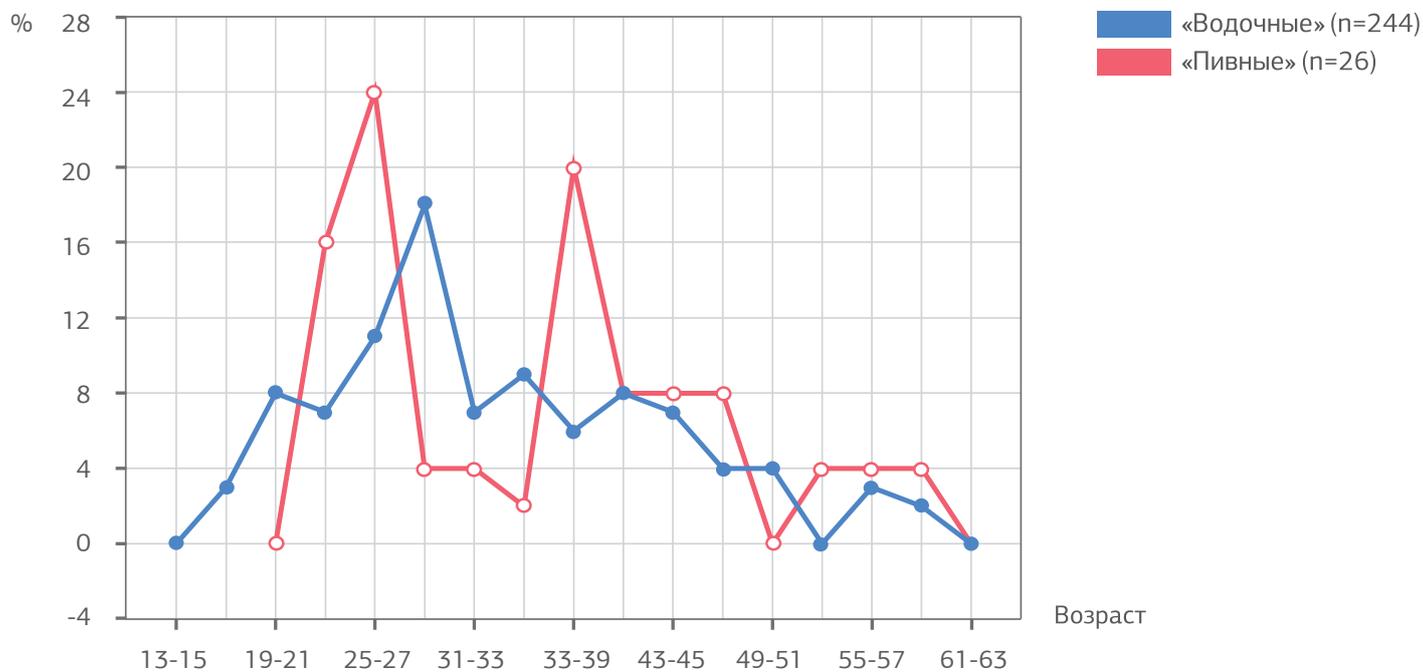


Рис. 5. Распределение больных «пивным» и «водочным» алкоголизмом по возрасту формирования ААС

Главный результат работы состоит в том, что «пивной» алкоголизм — редкое явление: только 8% больных предпочитали в запое пиво, а 76% были «водочными». Это в корне противоречит устоявшемуся мнению о широком распространении «пивного» алкоголизма. Значительное преобладание «пивного» алкоголизма над «водочным» наблюдалось в Санкт-Петербурге [4]. Правда, ни нашим, ни петербургским исследованиями [4] не были охвачены несовершеннолетние, часть которых при злоупотреблении пивом «добираются» в своем алкоголизме до первой стадии заболевания, а во второй переходят на крепкие напитки [3]. По описаниям авторов 1970–1980-х гг., ААС у подростков носил рудиментарный характер, однако сам подростково-юношеский алкоголизм имел более тяжелые формы течения в сравнении с нынешним.

Первый вопрос, который предстоит решить, насколько обследованная нами выборка больных репрезентативна для популяции больных алкоголизмом в целом в плане соотношения «пивного» и «водочного» алкоголизма. Поскольку все обследованные больные стационарные, весьма вероятно, что в нашу выборку не вошли как самые тяжелые, так и самые легкие случаи, среди которых доля «пивных» алкоголиков могла быть больше, чем в нашей выборке, в связи с тем, что «пивной» алкоголизм протекает мягче «водочного» ([4] и многие другие авторы).

Прежде всего репрезентативность нашей выборки подтверждается соотношением в ней женщин и мужчин (1:5), обычным для многих работ по алкоголизму, в частности [1].

В целом течение алкоголизма у обследованных больных нельзя считать легким, так как практически все они ранее лечились по поводу алкоголизма, причем, больше половины — стационарно, а преобладающая часть из последних — и не один раз («пивные» — до 9, а «водочные» — до 16 раз). У всех больных был сформирован ААС, который возникал до-

вольно рано: у половины (48%) — от 18 до 30 лет, а у четверти (23%) — до 25 лет.

Интересно, что стационарные больные-мужчины с «водочным» алкоголизмом, обследованные 12 лет назад (в 1988–1990 гг.) [9], сразу после окончания антиалкогольной кампании, практически не отличались от нашей выборки по возрасту первого опьянения (16,0 против 17,0 лет) и началу систематического употребления (22,0 года). Однако больные 1988–1990 гг. раньше достигли этапов злоупотребления алкоголем (25,0 против 27,0 лет) и формирования ААС (27,0 против 32,0 лет). Иначе говоря, у этих алкоголиков течение заболевания было более злокачественным, несмотря на то, что часть заболевания, правда, небольшая — не более 2–3-х лет — пришлось на годы активной антиалкогольной кампании и снижения среднестатистического потребления алкоголя (хотя и в этот период данный показатель оставался очень высоким — на уровне 10,5 л чистого алкоголя) [7]. Но именно это может отчасти объяснить более тяжелый состав больных в 1988–1990 гг.: кампанию преодолели, не снижая существенно потребление алкоголя, самые тяжелые алкоголики, которые и составили выборку 1988–1990 гг. Кроме того, в 1987 г. начался довольно бурный рост потребления спиртного, и больные обследовались на этом фоне. Изучение когорты 2010–2011 гг. пришлось на фазу снижения потребления, начавшегося в 2004 г. Важно отметить, что уровень потребления алкоголя в 1988–1990 гг. [7] и в 2010–2011 гг. был приблизительно одинаков, если судить по уровню смертности, связанной со злоупотреблением алкоголем, в частности, смертности от отравлений алкоголем.

Выявленному различию течения заболевания в двух выборках больных алкоголизмом можно найти объяснение в ряде публикаций, в которых показано, что в пору резких трансформаций алкогольной ситуации изменение потребления алкоголя разными группами населения не всегда тождественно [18], и разные

группы общества вносят разный вклад в изменение среднедушевого потребления [14], особенно в условиях несвободного выбора [15]. Можно осторожно предположить, что для темпов развития алкогольной зависимости помимо уровня потребления алкоголя имеет значение тренд его общего потребления (рост или снижение) и некоторые другие особенности алкогольной ситуации. Иначе говоря, уровень среднедушевого потребления алкоголя определяет многое в алкогольной ситуации, но не все.

Принцип отбора больных «пивным» алкоголизмом, описанный выше, ни в коем случае не является определением «пивного» алкоголизма. При другом подходе могут получиться другие показатели, однако важно то, что тот же принцип применялся в нашем исследовании для определения других видов алкоголизма, т.е. в пределах одного исследования данные были сопоставимы. Вероятно, именно это — разница в способе квалификации «пивного» и иных видов алкоголизма, определило различие наших показателей распространенности «пивного» алкоголизма и данных, полученных Р.Д. Илюк и соавт. [4]. При нашем подходе пациенты с преимущественным потреблением пива составили 8,4%, а в упомянутой работе [4] (в которой принцип квалификации «пивного» алкоголизма не указан) — 16%, но среди последних в месяц, предшествующий обследованию, потребление пива доминировало только у 12,7% больных. Более того, в «петербургскую» выборку для сравнения были отобраны только пациенты с «пивным» и «водочным» алкоголизмом, а учет больных с другими видами алкогольной зависимости не производился. Хотя таких больных немного (в нашем исследовании 16%), но их исключение могло несколько завесить долю «пивных». Есть еще один пункт для объяснения расхождения: более высокое, чем в Москве, среднедушевое потребление пива в г. Санкт-Петербурге (соответственно 88,3 и 99,4 л; данные Росстата за 2009 г.) и особая пивная культура в этом городе [11]. Но, как бы ни

относиться к указанным различиям в результатах, они не меняют сущность нашего главного вывода: распространение «пивного» алкоголизма носит ограниченный характер.

Так почему так упорно у населения и в СМИ держится представление, что именно «пиво погубит Россию» [6]? Одно объяснение состоит в том, что, несмотря на запрет продажи пива подросткам действующим законодательством, они продолжают его покупать, пить и демонстрировать пивное опьянение. Это не может не вызывать законное возмущение населения. Кроме того, СМИ продолжают муссировать тему пагубности пива и широкого распространения «пивного» алкоголизма. Небезынтересно, что в поисковой системе «Яндекс» на запрос «вред водки» нашлось 6 млн ответов, а на словосочетание «вред пива» — 9 млн. И это при том, что «алкоголь пива» составляет приблизительно 20% от потребляемого в стране алкоголя. Такой явный количественный перекокс свидетельствует о предвзятом отношении СМИ к потреблению пива, которое «уводит» от главных проблем нашей алкогольной ситуации. Остается только гадать, чем обусловлено такое несбалансированное представление о соотношении пивных и водочных проблем в стране.

Ни одно из возрастных распределений в нашей выборке не было нормальным и трижды оно было бимодальным. Первый раз это касалось возраста первого обращения за медицинской помощью, второй — возраста при обследовании больных (рис. 1). Естественно возникает вопрос, почему в возрасте 40–45 лет больные алкоголизмом обращаются к медикам реже? Пока что ответ на этот вопрос авторы не нашли. Тем более что возраст выборки больных алкоголизмом, обследованных ранее в Московском НИИ психиатрии, имел мономодальное распределение, хотя и существенно отличающееся от нормального [9].

Третий раз бимодальное распределение образовалось при описании возраста появления

ААС у «пивных» алкоголиков: моды приходились на 25–27 лет и 37–39 лет. Соответственно, этому предшествовало разделение «пивных» алкоголиков на две группы по возрасту начала систематического пьянства и злоупотребления алкоголем, утраты количественного и ситуационного контроля, появления амнезий и запоев. Такое «движение» по алкогольной жизни свидетельствует о двух типах течения заболевания у «пивных» алкоголиков: более и менее злокачественном. Возможно, различие в описании течения «пивного» алкоголизма как более мягкого у одних авторов [19] или, наоборот, как более тяжелого у других [5], обусловлено опорой на один или другой тип течения этого заболевания. Конечно, выборка в 26 больных «пивным» алкоголизмом мала, чтобы делать окончательные выводы, но, для предварительного суждения, такая выборка подходит.

В данной работе не подтвердилось высказанное ранее суждение о том, что «пивной» алкоголизм достоверно (!!!) чаще встречается в молодом возрасте» [5]. В нашей выборке больные «пивным» и «водочным» алкоголизмом среди больных до 30 лет составили соответственно 21% и 59% ($n=39$; $p=0,0010$).

Доминирование мужчин в нашей выборке больных алкоголизмом — тривиальный результат. Соответственно этому мужчины существенно доминировали как в группе молодых больных (до 30 лет соотношение между мужчинами и женщинами ~4:1), так и среди «пивных» алкоголиков (соотношение между мужчинами и женщинами ~3:1). Иначе говоря, злоупотребление алкоголем — это в большей степени мужская проблема, что определяет главное направление профилактики, а также изучения алкоголизма.

Эпидемиологический принцип нашего исследования не позволил детально изучить особенности клинической картины «пивного» алкоголизма в сравнении с «водочным», как это сделано в «петербургском» отчете [4]. Однако

в нашей выборке больных нашлось подтверждение тому, что «алкогольная зависимость, в которой преобладает употребление пива, ассоциирована с меньшими дозами потребления чистого этанола» [4]: соотношение толерантности у «пивных» и «водочных» — 95 г чистого спирта против 160 г, т.е. различие более чем в полтора раза. Однако по некоторым другим показателям мы не нашли различий: многие результаты сравнения «пивных» и «водочных» алкоголиков оказались незначимыми (например, табл. 1), даже в случае больших расхождений. Это может, как свидетельствовать о реальном отсутствии соответствующих различий, так объясняться и малостью выборки «пивных» алкоголиков. Возможно, что решить эту дилемму поможет увеличение выборки. И набор больных по тем же принципам продолжается.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

У больных алкоголизмом преобладает смешанный тип потребления различных видов спиртных напитков при доминировании одного из них. С учетом этого распространенность «водочного» алкоголизма существенно превосходит распространенность «пивного», даже в молодом возрасте. Представление о широкой распространенности «пивного» алкоголизма не подтвердилось. Результаты свидетельствуют, что главной алкогольной проблемой является злоупотребление водкой.

ЛИТЕРАТУРА

1. Альтшулер В.Б. Женский алкоголизм // Лекции по наркологии. 2-е изд / Под ред. Н.Н. Иванца. — М.:Нолидж,2000. — С. 116-134.
2. Аносова Е.В. Пивной алкоголизм, осложненный гашишной наркоманией, у подростков (клиника, диагностика, терапия): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2011. — 22 с.
3. Егоров А.Ю. Рано начинающийся алкоголизм: современное состояние проблемы // Вопросы наркологии. — 2002. — № 2. — С. 50–54.
4. Илюк Р.Д. Сравнительная характеристика формирования зависимости при потреблении пива и крепких алкогольных напитков / Р.Д. Илюк, К.В. Рыбакова, Е.М. Крупницкий. — СПб.: Изд-во СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2011. — 168 с;
http://bekhterev.spb.ru/content/43/res_alco_report.pdf.
5. Ковалев А.А. Особенности формирования и клинические проявления абстинентного синдрома у больных пивным алкоголизмом / А.А. Ковалев, А.А. Ковалев // Наркология. — 2009. — № 5. — С. 56–61.
6. Коробкина З. Россию погубит не СПИД и не туберкулез, а легальный наркотик — пиво! // Наша держава. — 2011. — С. 3.
7. Немцов А.В. Алкогольная ситуация России. Новейший период. — М.: URSS, 2008. — 318 с.
8. Немцов А.В. Отзыв на статью Ковалева А.А. и Ковалева А.А. «Особенности формирования и клинические проявления абстинентного синдрома у больных пивным алкоголизмом» // Наркология. — 2009. — № 10. — С. 97.
9. Немцов А.В. Количественная характеристика течения алкоголизма: возрастной аспект / А.В. Немцов, А.В. Орлов // Журнал неврологии и психиатрии. — 2011. — № 11 (5). — С. 60–68.
10. Нужный В.П. Пиво в Российской Федерации: новая реальность / В.П. Нужный, В.В. Рожанец // Наркология. — 2007. — № 3. — С. 30–41.
11. Смирнов Н. (составитель). Пивная столица России. — СПб.: Изд-во «Третье тысячелетие», 2001. — 128 с.

12. Baltieri D.A. The role of alcoholic beverage preference in the severity of alcohol dependence and adherence to the treatment / D.A. Baltieri, F.R. Daró, P.L. Ribeiro et al. // *Alcohol*. — 2009. — Vol. 43, № 3. — P. 185–195.
13. Chou S.P. Alcoholic beverage preference and risks of alcohol-related medical consequences: a preliminary report from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey / S.P. Chou, B.F. Grant, D.A. Dawson // *Alcohol Clin. Exp. Research*. — 1998. — Vol. 22, № 7. — P. 1450–1455.
14. Duffy J. Trends in alcohol consumption patterns, 1978–1989. — Henley-on-Thames: NTC Publications Ltd., 1991. — 59 p.
15. Fillmore K.M. Societal level predictors of groups' drinking patterns: a research synthesis from the collaborative alcohol-related longitudinal project / K.M. Fillmore, J.M. Golding, E.V. Leino et al. // *Am. J. Public Health*. — 1994 — Vol. 84. — P. 247–253.
16. Jansen M.K. Alcoholic beverage preference and risk of becoming a heavy drinker / M.K. Jansen, A.T. Andersen, T.I. Sorensen et al. // *Epidemiology*. — 2002. — Vol. 13. — P. 120–122.
17. Kauhanen J. Beer bingeing and mortality: results from the Kuopio ischaemic heart disease risk factor study, a prospective population based study / J. Kauhanen, G.A. Kaplan, D.E. Goldberg et al. // *BMJ*. — 1997. — Vol. 315. — P. 846–851.
18. Norström T. The abolition of the Swedish rationing system: effect of consumption distribution and cirrhosis mortality // *Br. J. Addiction*. — 1987. — Vol. 82. — P. 633–641.
19. Woojin Chung. Type of alcohol beverage and high-risk drinking: how risky is beer drinking in Korea? // *Alcohol. Alcoholism*. — 2004. — Vol. 39. — P. 39–42.

#5

ТИПЫ АЛКОГОЛЬНЫХ НАПИТКОВ И СМЕНА ИХ ПОТРЕБЛЕНИЯ БОЛЬНЫМИ АЛКОГОЛИЗМОМ

Немцов А.В., Орлов А.В.

ж ВН*. 2012. №5. С. 26-38

ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт
психиатрии» Минздравсоцразвития России

ВВЕДЕНИЕ

Научный интерес к составу алкогольных напитков, потребляемых в России, возник во второй половине XIX века, сначала в среде статистиков, а позже — экономистов. Но тех и других проблема интересовала с позиций ценовой политики и бюджетных поступлений. В пору революционных потрясений врачи начали изучать потребление суррогатов водки в связи с массовыми отравлениями. В последующем из-за снижения потребления изучение алкоголизации населения потеряло актуальность, а в 1960-е годы алкогольная тема была засекречена в связи с новым ростом пьянства в стране, что не соответствовало облику государства, строящего коммунизм.

Исследовательский интерес к потреблению алкоголя, но не к типам напитков, возобновился во время антиалкогольной кампании 1985 г., и только в 2000 г. — изолированно к пиву, потребление которого начало расти с 1997 г., и к 2000 г. прирост составил 124%. При этом доля алкоголя пива по официальным данным представляла 17,4% в общем потреблении алкоголя (Росстат, 2000 г.), но реально эта доля была существенно меньше при учете нелегального алкоголя, который почти исключительно составляли крепкие напитки. Однако рост производства и потребления пива вызвал беспокойство Главного санитарного врача и заместителя Министра здравоохранения РФ Г.Г.Онищенко, который выпустил постановление «Об усилении Госсанэпиднадзора за пивоваренной продукцией»

(15 декабря 2000 г.). Помимо вполне разумных требований в постановлении содержался ряд непроверенных утверждений, например, о росте в стране «пивного алкоголизма» (ПА)¹. В 2000 г. эти данные отсутствовали, так статистический учет ПА не проводился, не было и научной разработки темы.

Следствием постановления 2000 г. помимо прочего явились многочисленные публикации в СМИ и немногочисленные научные исследования потребления пива. В одном из них [7] авторы пришли к выводу, что у потребителей пива меньший риск развития ряда заболеваний в сравнении с потребителями водки. Более того, авторы считают, что одна из наиболее значимых причин депопуляции в России обусловлена потреблением крепких алкогольных напитков. Они также предположили, что тенденция к снижению числа случайных отравлений алкоголем в 2005-2006 гг. связана с процессом замены крепких алкогольных напитков пивом. Существует и другая точка зрения: в статье [4] приводятся примеры тяжелых последствий ПА в сравнении с «водочным» (ВА)¹. Кроме того авторы пишут, что «значимость изучения пивного алкоголизма связана с его большой распространенностью». При этом не приводятся какие-либо обоснования этого важного и ответственного заключения. Кроме того эта работа содержит ряд серьезных методических погрешностей, в частности, репрезентативность выборки больных ПА в этой работе вызывает большие сомнения [8].

* — журнал «Вопросы наркологии»

¹ В классификации МКБ-10 не выделяется алкоголизм по видам доминирующих напитков (водочный, пивной, винный и т.д.), поэтому все эти виды требуют выделения навычками. ПА и ВА — не только «пивной» или «водочный» алкоголизм, но и большой (больные) алкоголизмом.

Более убедительно распространённость ПА среди когорты алкоголиков представлена в отчете сотрудников Санкт-Петербургского психоневрологического института им. В.М.Бехтерева [4], которые показали, что при алкогольной зависимости потребление исключительно пива встречается крайне редко (1%). Большинство больных предпочитают смешанное потребление, а среди них большую часть составляют пациенты, предпочитающие крепкий алкоголь, и чем выше доля крепких спиртных напитков в структуре потребления, тем тяжелее течение алкогольной зависимости.

Совсем недавно опубликованы результаты работы [6], в которой обследованы 308 больных алкоголизмом, поступивших на лечение в стационар. Критерием квалификации больных по типу алкогольного напитка был доминирующий напиток в запоях последнего года. По этому критерию только 8,4% больных могли быть отнесены к ПА, а 75,6% — к ВА.

Перечисленные исследования касаются алкоголизма взрослых, однако в работе А.Ю.Егорова [2] о подростковом алкоголизме словосочетание ПА не встречается ни разу, притом, что он обследовал больных в возрасте 15-20 лет. При этом показано, что на донологическом этапе или в первой стадии алкоголизма у подростков психическая зависимость носит групповой характер, а R.Room называет подростковое пьянство как коллективное поведение и представление (performance). А.Ю.Егоров отмечает, что формирование у небольшой части подростков второй стадии алкоголизма, т.е. несомненно-го заболевания, сопровождается переходом к крепким напиткам.

Термин ПА (без кавычек) широко употребляется у другого автора [1], также изучавшего подростковый алкоголизм, но при этом в работе отсутствуют прямые доказательства алкоголизма у подростков, злоупотребляющих пивом,

у которых в трети случаев потребление носит сочетанный характер и сопровождается потреблением водки. Можно только допустить, что в этой работе у части потребителей пива может быть квалифицирован алкоголизм первой стадии.

К сожалению, этим ограничиваются все научные исследования российских авторов, которые последовали за постановлением Главного санитарного врача Министерства здравоохранения России Г.Г. Онищенко в течение 12 лет. Как видно, адекватная разработка темы ПА не произошла. Российская наркология бездарно упустила эту тему, особенно в связи с подростками и широким обсуждением этой темы в СМИ. До 1985 г. российские исследователи очень активно занимались подростковым алкоголизмом. Однако, интересовались они в основном личностными особенностями подростков в преморбиде и влиянием этих особенностей на характер течения заболевания (Н.Е.Буторина, Ц.П.Короленко, А.Е.Личко, Н.Г.Найденова, И.Н.Пятницкая, П.П.Сидоров, Г.Н.Соцевич, И.Г.Ураков, Г.М.Энтин). Но тогда не было ПА у подростков.

Западные исследования в целом относительно мало касались соотношения разных напитков в потреблении, а больше — общим количеством потребляемого алкоголя. Однако в 1980-1990 гг. было выполнено несколько работ, в которых рассматривались клинические особенности ПА или условий (семья, окружение, реклама), при которых потребление пива приводит к тяжелым последствиям, как у взрослых, так и у подростков.

Кстати следует заметить, что PubMed на запрос «beer alcoholism» не выдает ни одной работы, а статьи на запрос «beer binging» не касаются алкоголизма, а только тяжелого злоупотребления пивом без выделения и учета алкоголиков среди обследованных. Например, в работе J.Kauhanen [11] исследовали риск смерти у двух групп потребителей пива: 3 и менее или 6 и более бутылок в день (эквивалентно 150 мл водки и менее или 300

и более). Естественно, что риск умереть был выше во второй группе. Сравнительно редкие публикации западных исследователей относительно сравнения вреда вина, пива и крепких напитков [8, 9, 12] в большинстве сходятся на том, что у потребителей пива и вина значительно меньше соматических осложнений в сравнении с потребителями крепких алкогольных напитков. При сравнении вина и пива авторы склоняются к тому, что у потребителей пива несколько больший риск стать тяжелыми пьяницами в сравнении с потребителями вина [10]. Совсем не нашлось материалов о распространенности зависимости с доминированием пива среди других алкоголиков. Но это не ущерб для нашей темы, так как зарубежные работы не могли помочь в решении вопроса о типах алкогольных напитков в потреблении больными алкоголизмом в России.

Задачей настоящей работы явилось изучение доминирующих алкогольных напитков

в потреблении больными алкоголизмом на протяжении их жизни до поступления больных на лечение в стационар.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось в Московском Научно-практическом центре наркологии ДЗ г. Москвы (руководитель проф. Е.А.Брюн). Критерием отбора был сформированный алкогольный абстинентный синдром (ААС) и доминирующий напиток (пиво или водка) в запоях последнего года перед обследованием. Доминирование напитка определялось по его суточной дозе, которая должна была быть не менее 75% по алкоголю. В подавляющем большинстве случаев сведения больных проверялись данными, полученными от родственников.

По доминирующему напитку в запоях производилась квалификация больных как ПА или ВА. Каждому больному ПА подбирались

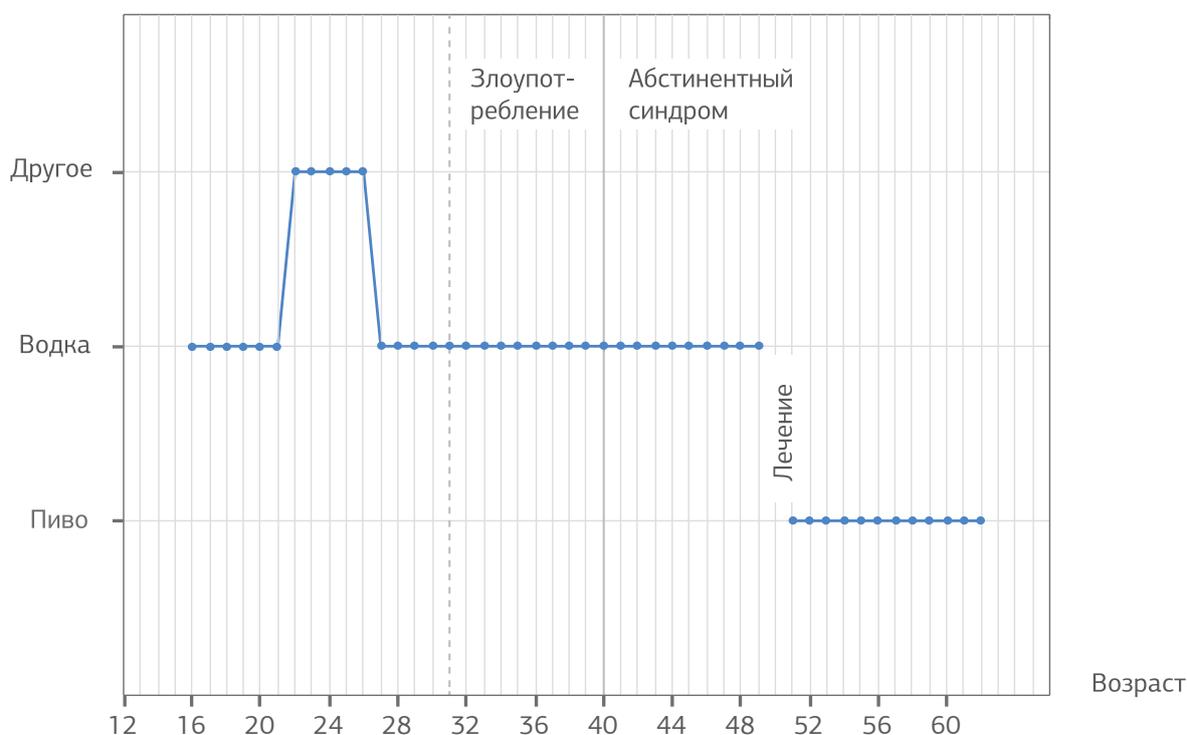


Рис. 1. Распределение доминирующих напитков в течение жизни у больного алкоголизмом (№ 9).

Таблица 1

Возрастные показатели основных симптомов алкоголизма у «пивных» (П) и «водочных»(В) больных алкоголизмом.

	Медиана		p=	Нижний квартиль		Верхний квартиль	
	П	В		П	В	П	В
Первое опьянение	15	15	0,298	13,5	14,0	16,0	17,0
Утрата количественного контроля	23,5	23	0,980	19,0	20,0	30,0	29,0
Утрата ситуационного контроля	21	25	0,130	17,0	18,0	25,0	28,0
Начало систематического употребления	19	20,5	0,162	17,0	17,0	21,5	23,5
Начало злоупотребления	25	25,5	0,897	20,0	21,0	31,5	30,5
Начало запоев	26,5	27	0,698	22,5	23,0	33,5	33,0
Появление абстинентного синдрома	25	26,5	0,386	21,5	23,0	31,5	33,0

пара ВА по полу и возрасту с допуском ± 1 год. Обследован 101 больной, однако часть из них была исключена: у 8 не удалось выявить доминирующий напиток в запоях последнего года, у 9 были сопутствующие заболевания неалкогольной природы или грубые нарушения памяти, 2 отказались от продолжения исследования, 3 были выписаны досрочно. Таким образом, в аналитическую часть исследования были включены 80 больных: 40 ПА и 40 ВА. Все они были дополнительно обследованы терапевтом и невропатологом.

У каждого больного помимо общих сведений и алкогольного анамнеза выясняли доминирование алкогольных напитков в течение всего периода злоупотребления алкоголем (рис. 1), начиная с первого опьянения и до обследования в стационаре, привязывая эти сведения к последовательным годам жизни (возрасту). В качестве доминирующих

напитков учитывали потребление водки и пива; остальные напитки (вино, коньяк, шампанское, энергетические коктейли, спирт) учитывали также, но из-за малочисленности они были объединены и составили группу «другие» напитки. У всех больных выясняли привлекательность тех или других напитков (цена, вкус, характер опьянения и похмелья, крепость, доступность, социальная приемлемость и другое).

Все данные о больных были занесены в электронную таблицу. Статистическое описание групп ПА и ВА производилось на основе медианы (Me), межквартильного расстояния (МКр) и моды (Mo), а сравнение групп — с помощью теста различия процентов в модуле «Основная статистика» или критерия Манна-Уитни. Учитывалось также количество переходов с одного напитка к другому у отдельных больных и суммарно в течение исследуемого периода.

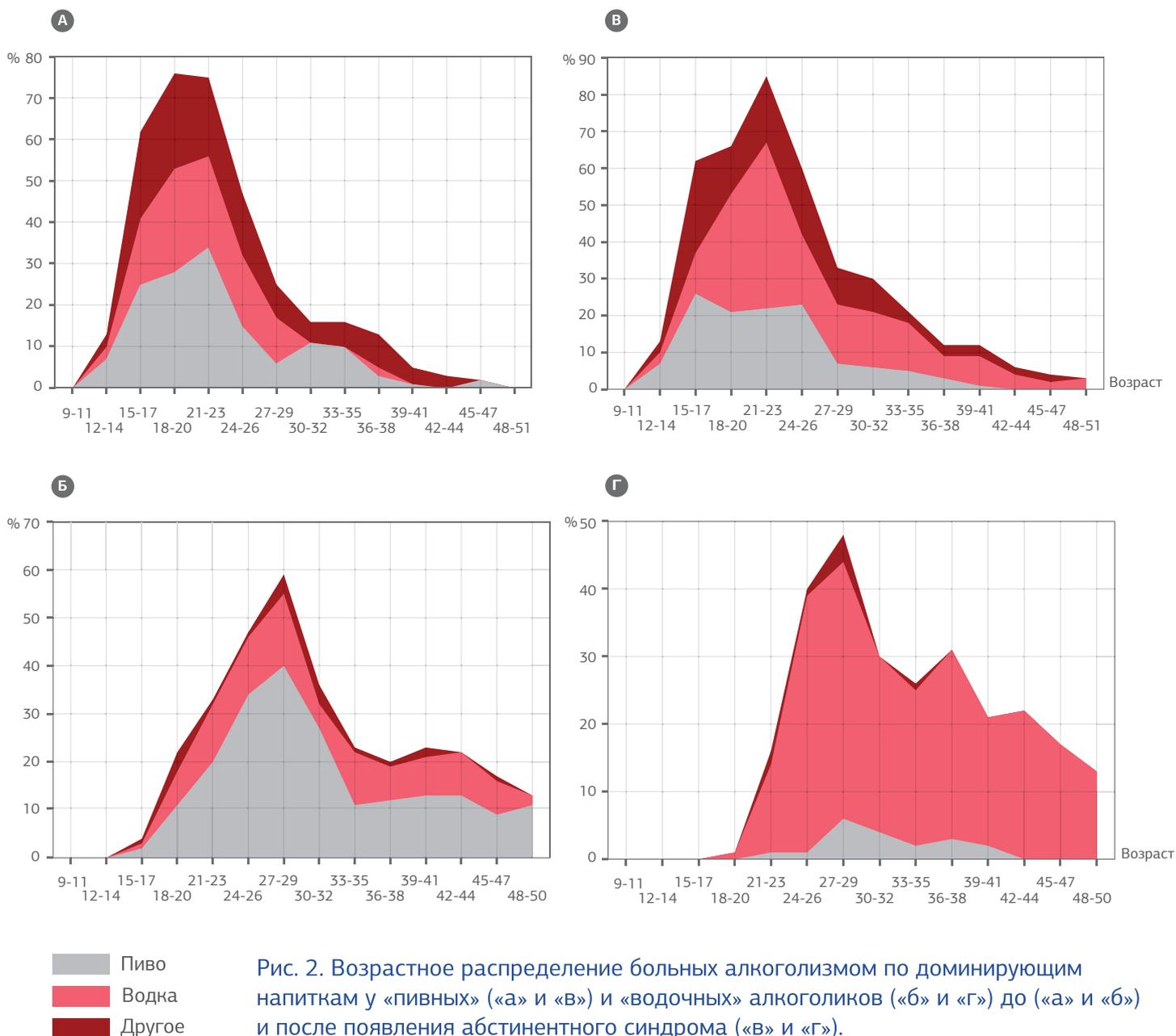


Рис. 2. Возрастное распределение больных алкоголизмом по доминирующим напиткам у «пивных» («а» и «в») и «водочных» алкоголиков («б» и «г») до («а» и «б») и после появления абстинентного синдрома («в» и «г»).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Общая характеристика больных. В каждой группе был 31 мужчина и 9 женщин в возрасте от 22 до 62 лет (Me 33 года; Mo 30 лет; МКр 29,0-42,5; распределение больных по возрасту резко отличалось от нормального за счет асимметрии в сторону молодых. 35% ПА и 45% ВА выросли в неполных семьях (различия статистически незначимы)², разные формы неправильного воспитания чаще встречались при ВА (65% vs. 43%). Все больные получили образование, от неполного

среднего до высшего, но преобладало среднее специальное (половина ПА и ВА). Более половины ПА и ВА в школе учились посредственно. Все больные начали работать рано (Me 18; от 12 до 24 лет). Трудовой статус в двух группах не различался: половина из них не работала, меньше половины трудились, трое больных учились, двое были пенсионерами. Только 18 человек работали по специальности: 11 ПА и 7 ВА. На протяжении жизни больных часто увольняли: Me 4 (ПА) и 6 раз (ВА). Около 40% женаты/замужем, около трети в разводе, 40%

² Здесь и далее различия незначимы, если не указано р.

оценивали свое материальное положение как неудовлетворительное. 35% и 38% больных не имели детей, но все они были молодыми людьми (до 32 лет).

Возраст при обследовании у ПА и ВА 32,5 и 33,0 (Me; МКр 28,0-42,5 и 30,0-43,0). Свое здоровье как неудовлетворительное оценивали 25% ПА и 48% ВА ($p=0,036$). Только пять не имели зависимых от алкоголя заболеваний, у остальных выявлены болезни печени (28 ПА и 34 ВА), токсическая энцефалопатия (23 и 29) и алкогольная кардиомиопатия (15 и 13); 25 ПА и 30 ВА перенесли травмы. Алкогольный психоз был у 5% ПА (острый галлюциноз) и 26% ВА ($p=0,011$; делирий и острый галлюциноз). Все больные кроме 10 курили. Наследственность по алкоголизму обнаружилась у 65% ПА и у 80% ВА. Отцы были алкоголиками или тяжелым пьяницами больше чем у половины больных ПА и ВА.

Возрастные показатели основных симптомов алкоголизма у ПА и ВА больных представлены в таблице. Хотя ПА и ВА в целом не различались по возрасту возникновения ААС, однако у 8 больных ПА он сформировался в 17–20 лет, а у ВА это началось с 21 года. Пики возникновения ААС в ПА и ВА совпадали (24–25 лет), и к этому возрасту количество больных с ААС не различалось ($p=0,247$).

Доминирующие алкогольные напитки.

Алкогольная составляющая жизни каждого больного была представлена последовательностью возрастных показателей доминирования того или другого напитка (рис. 1). После возникновения запоев доминирующий напиток учитывался только в запоях. Представленный на рисунке больной № 9 ко времени обследования употреблял спиртные напитки 46 лет, из них водка доминировала 29 лет (63,0%), пиво — в течение 12 лет (26,1%)

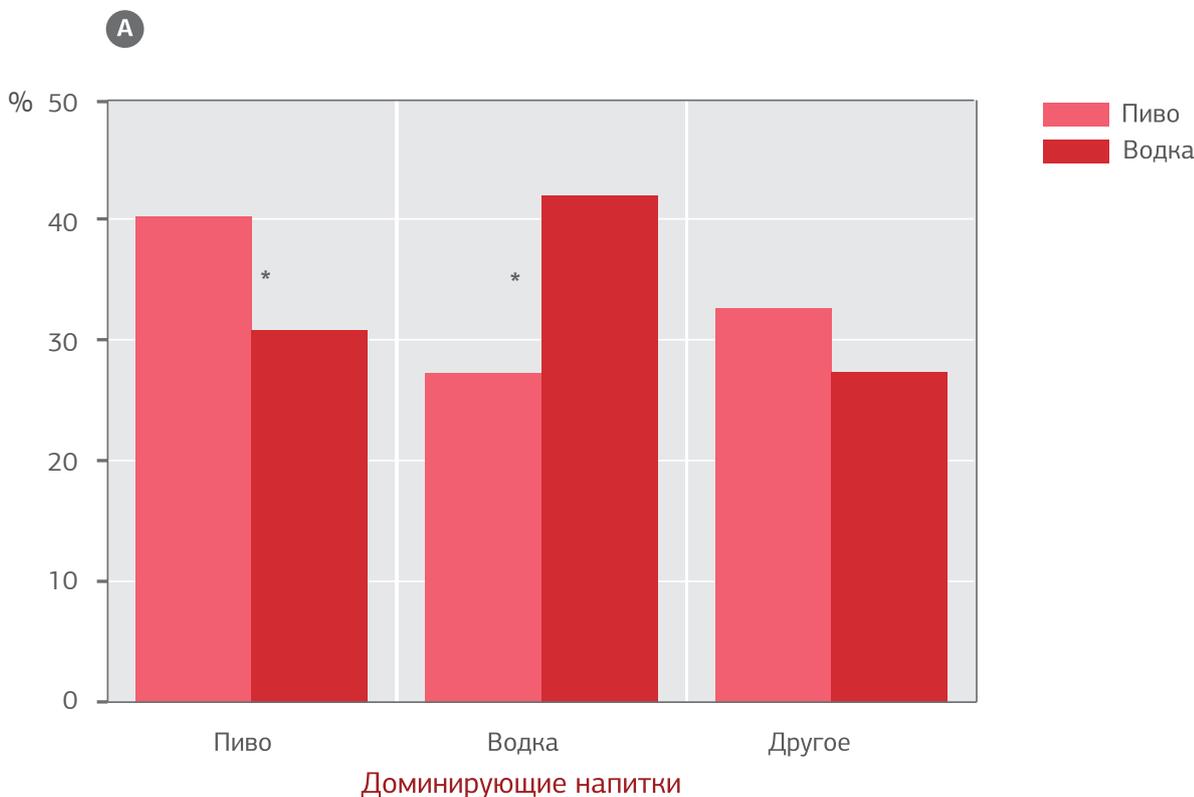


Рис. 3а. Распределение больных алкоголизмом по количеству лет доминирования спиртных напитков у «пивных» (П) и «водочных» алкоголиков (В) до (а) и после появления абстинентного синдрома (б). * $p<0,01$; ** $p<0,02$.

Б

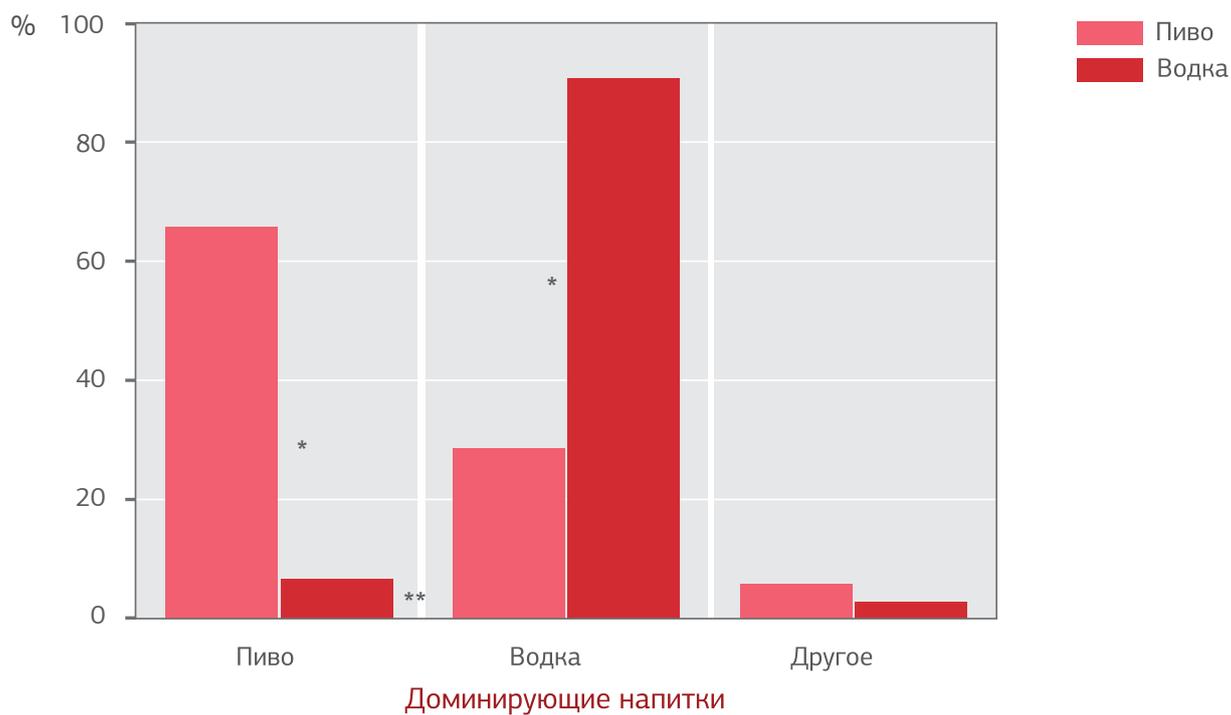


Рис. 36. Распределение больных алкоголизмом по количеству лет доминирования спиртных напитков у «пивных» (П) и «водочных» алкоголиков (В) до (а) и после появления абстинентного синдрома (б). * $p < 0,01$; ** $p < 0,02$.

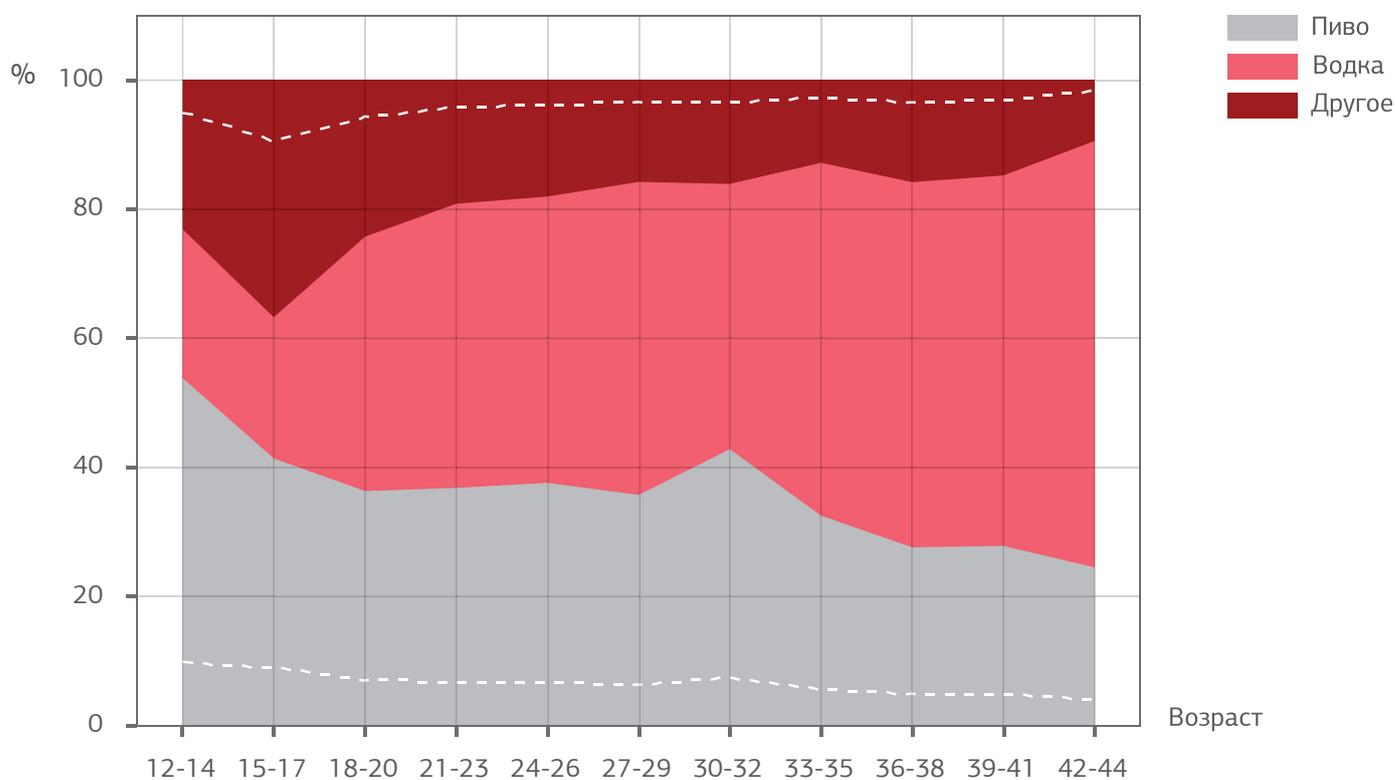


Рис. 4. Возрастное распределение доминирующих напитков. Каждая возрастная категория принята за 100%. Зона между двумя пунктирами — доля водки при учете реального соотношения потребителей пива, водки и других напитков.

и другие напитки — 5 лет (10,9%). По формальным признакам включения в исследование больной был квалифицирован как ПА.

В предположении, что на разных этапах злоупотребления могут доминировать разные напитки, их последовательность была разделена на две части: до и после ААС. В соответствии с этим возрастные распределения доминирующих напитков представлены на рис. 2, а усредненные вне возраста данные — на рис. 3. Возрастное распределение доминирующих напитков у всех 80 больных без разделения на ПА и ВА и на этапы заболевания — на рис. 4.

Мотивы предпочтения тех или других напитков у ПА и ВА были смешанными, хотя для большинства ПА привлекательным в пиве был его вкус и более мягкий характер опьянения в отличие от ВА, тогда как большинство ВА привлекала крепость напитка в отличие от ПА.

Переходы от одних напитков к другим.

В течение алкогольной жизни рассчитывали количество переходов от одних напитков к другим (рис. 5) с перерасчетом на одного больного в год. Различия этого показателя у ПА и ВА были незначимыми ($p=0,362$). 4 ПА (23-32 года) и 2 ВА (22 и 29 лет) в течение периода обследования напитки не меняли (10-13 лет и 8-10 лет).

Количество переходов с напитка на напиток человека в год

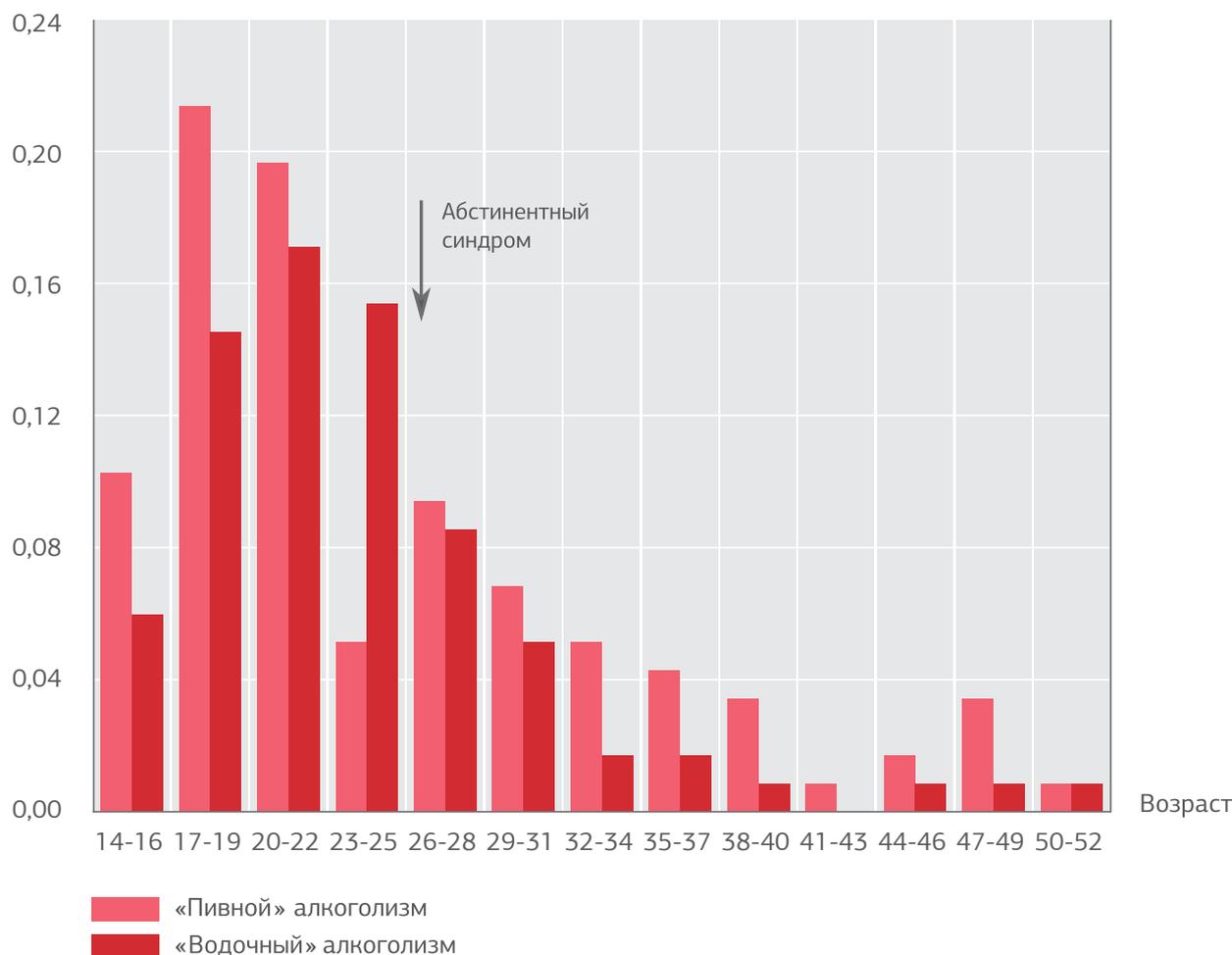


Рис. 5. Возрастное распределение количества переходов с одного напитка на другой в расчете на одного человека в год. Стрелка обозначает средний возраст появления алкогольного абстинентного синдрома.

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЙ

Работы, приведенные во введении, в частности, выполненная с нашим участием [6], представляют «поперечный срез» проблемы: «одномоментное» распределение больных алкоголизмом по типам доминирующих напитков. В двух наиболее значимых для темы работах критерии квалификации больных по доминирующему напитку различались, однако результаты оказались сходными: группу пациентов с преимущественным потреблением пива в Санкт-Петербурге составили 16% [3], а в Москве — 8% [6]. Сходными были также группы больных с преимущественным потреблением крепких напитков: 63% и 76% соответственно. Некоторое различие показателей, возможно, объясняется более мягким критерием квалификации доминирующего напитка у больных в Санкт-Петербурге.

Разнообразии спиртных напитков, употребляемых больными алкоголизмом, — вероятно главный вывод двух работ, выполненных в Москве [6] и Санкт-Петербурге [3]. Иначе говоря, среди алкоголиков преобладает смешанный тип потребления. При этом следует иметь в виду, что в московской работе учитывались только доминирующие напитки, а после возникновения ААС — только в запоях. Учет всех напитков сделал бы разнообразие еще большим даже при таком узком подходе, как «поперечный срез».

Такой подход фиксировал только короткий период алкогольной жизни больных (один год). Необходимо было придать проблеме «двухмерность», дополнив «поперечный срез» «продольным», по меньшей мере, для алкоголиков — потребителей водки и пива. Критерий квалификации ПА и ВА, привнесенный из предыдущей работы [6], оказался не вполне удачным или, лучше сказать, не единственно возможным. Трудность квалификации ПА и ВА обусловлена тем, что на разных этапах алкогольной жизни у больных могут доминировать

разные напитки, как, например, у больного №9 (рис.1): более 60% лет алкоголизации доминировала водка, более 25% — пиво, а другие напитки — более 10% лет.

При анализе материала и результатов работы следует помнить важное обстоятельство: все ПА изучаемый период закончили пивом, а ВА — водкой. На пути к этому (рис. 2 и 3) они не раз меняли предпочтение того или другого вида спиртного напитка. Больной № 9 сделал это три раза, но это не рекорд: переходы у ПА от 1 до 8 раз (Ме 3), ВА — от 1 до 6 раз (Ме 2). Переходы чаще происходили в возрасте 17-25 лет (рис. 5), но с появлением ААС становились все реже, особенно у ВА. Переход к новому напитку у начинающих потребителей, вероятно, происходил в порядке поиска новых ощущений, а позже — под влиянием внешних обстоятельств, например, смены компании или производственного коллектива. Могли быть и внутренние причины перехода, такие как возрастная непереносимость крепких напитков или соматическое заболевание.

Особенно частые смены напитков происходили до возникновения ААС (рис. 2 и 5), однако после этого смены не были исключены (рис. 3 и 5) вплоть до последнего года перед обследованием, когда в запоях доминировал один напиток — водка или пиво. Нет оснований думать, что смены на этом закончились, хотя в целом динамика алкоголизма ведет к унификации доминирующего напитка.

Только у 6 больных (7,5%; 4 ПА и 2 ВА) не происходило смены напитков, но их молодой возраст (22–32 года) не может быть залогом устойчивости доминирования напитка по окончании исследования.

Принятый в статье способ квалификации ПА и ВА, хотя и был не единственно возможным, но оказался не совсем неправомерным, так как различие групп по доминирующему напитку было все-таки существенным (рис. 3),

как на стадии до возникновения ААС (рис. 2а, 2б и 3а), так и особенно после (рис. 2в, 2г и 3б). Различие групп по преобладанию в потреблении пива или водки не повлияло на возрастные характеристики основных симптомов заболевания (таблица). И это главное, что объединяет группы. Лишь у пятой части ПА ААС возникал раньше (с 17 лет), чем у ВА (с 21 года), но пики образования ААС совпадали, и к 25 годам количество больных ПА и ВА с ААС не различалось.

Не вполне надежный прием квалификации и разделения ПА и ВА (да есть ли такой при смешанном потреблении?), сходство течения ПА и ВА позволило объединить 80 больных в одну группу (рис. 4). При этом видно, как с возрастом и по мере развития заболевания увеличивается потребление водки и уменьшается потребление пива и других напитков. После 35 лет водка становится доминирующей в объединенной группе. При этом следует помнить, что в обследованной группе ПА по методическим условиям составили половину выборки, тогда как среди всех алкоголиков их было около 8% [6]. Это значит, что зона ПИВО на рис. 4 реально должна быть в 6 раз меньше, а зона ВОДКА — соответственно шире и составлять около 90% для больных в стационаре (на рисунке эта зона водки ограничена пунктирными линиями). Вне стационара реальное соотношение ПА и ВА в когорте больных алкоголизмом может быть несколько другим.

Рис. 2а и 2б показывают, что в двух исследованных группах к 18 годам рекрутируется в потребители половина подростков, которым со временем уготовано стать алкоголиками. На этом этапе по соотношению потребляемых напитков группы сходны, но уже с 18-20 лет группы начинают различаться: у будущих ПА потребители трех видов напитков равны по количеству (рис. 2а), тогда как в этом возрасте в группе ВА начинают доминировать потребители водки (рис. 2б). Нисходящие части распределений на рис. 2 малоинформативны, так как они отражают либо переход в подгруппы

с ААС, либо рекрутирование новых потребителей, часто с окончанием службы в армии.

После появления ААС группы ПА и ВА резко различаются по доминирующим напиткам (рис. 2в и 2г). Можно сказать, что ВА после возникновения ААС становятся более «водочными» в сравнении с пивным статусом ПА, так как ВА реже употребляют пиво и другие напитки (рис. 3б), тогда как ПА наряду с доминирующим пивом продолжают употреблять водку существенно больше, чем ВА — пиво. ПА становятся более пивными, а ВА — почти исключительно потребителями водки. И на этих графиках нисходящие части распределений также неинформативны, так как определяются возрастом исследования, после чего история болезни как объект изучения заканчивается.

Работа выявила некоторые различия ПА и ВА, но также и трудность точной квалификации алкоголизма по видам напитков из-за их смены, иногда частой. Это еще раз подтверждает правильность отказа МКБ-10 от классификации алкоголизма по типам потребляемых спиртных напитков. Более того, проблема ПА, поднятая в 2000 г. на государственный уровень, была вторичной по вкладу алкоголя пива в общее потребление по сравнению с крепкими напитками. Более того — проблема оказалась ложной в связи с трудностью квалификации ПА из-за смены напитков. Это в равной мере касается и других типов спиртного. Работа еще раз показала, что для России характерен смешанный тип потребления при резком преобладании водки и ее суррогатов. Остается актуальным потребление пива подростками, но это уже давно не подростковая проблема, а результат преступной деятельности вино-водочной торговли в нарушение законов, принятых Государственной Думой дважды: 9 февраля 2005 г. и более жесткий 21 июля 2011 г.. Законы запрещают продажу пива и других алкогольных напитков подросткам до 18-ти лет. Выполнение законов сняло бы проблему подросткового злоупотребления

пивом, и не в этом приоритеты алкогольной политики. Острейшими и действительно государственными проблемами алкогольной ситуации были и остаются: первое — злоупотребление крепкими алкогольными напитками мужчинами трудоспособного возраста и, второе — нелегальное производство спиртного, а также его дешевизна и доступность.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аносова Е.В. Пивной алкоголизм, осложненный гашишной наркоманией, у подростков (клиника, диагностика, терапия): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2011. — 22 с.
2. Егоров А.Ю. Рано начинающийся алкоголизм: современное состояние проблемы // Вопросы наркологии. — 2002. — № 2. — С. 50–54.
3. Илюк Р.Д. Сравнительная характеристика формирования зависимости при потреблении пива и крепких алкогольных напитков / Р.Д. Илюк, К.В. Рыбакова, Е.М. Крупицкий. — СПб.: Изд-во СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2011. — 168 с; http://bekhterev.spb.ru/content/43/res_alco_report.pdf.
4. Ковалев А.А. Особенности формирования и клинические проявления абстинентного синдрома у больных пивным алкоголизмом / А.А. Ковалев, А.А. Ковалев // Наркология. — 2009. — № 5. — С. 56–61.
5. Немцов А.В., Брюн Е.А., Бузик О.Ж. и соавт. Соотношение «пивного» и «водочного» алкоголизма: количественный анализ доминирования // Вопросы наркологии. — 2012. — № 2. — С. 32–46.
6. Немцов А.В. Отзыв на статью Ковалева А.А. и Ковалева А.А. Особенности формирования и клинические проявления абстинентного синдрома у больных пивным алкоголизмом // Наркология. — 2009. — № 10. — С. 97.
7. Нужный В.П. Пиво в Российской Федерации: новая реальность / В.П. Нужный, В.В. Рожанец // Наркология. — 2007. — № 3. — С. 30–41.
8. Baltieri D.A. The role of alcoholic beverage preference in the severity of alcohol dependence and adherence to the treatment / D.A. Baltieri, F.R. Daro, P.L. Ribeiro et al. // Alcohol. — 2009. — Vol. 43, № 3. — P. 185–195.
9. Chou S.P. Alcoholic beverage preference and risks of alcohol-related medical consequences: a preliminary report from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey / S.P. Chou, B.F. Grant, D.A. Dawson // Alcohol Clin. Exp. Research. — 1998. — Vol. 22, № 7. — P. 1450–1455.
10. Jansen M.K. Alcoholic beverage preference and risk of becoming a heavy drinker / M.K. Jansen, A.T. Andersen, T.I. Sorensen et al. // Epidemiology. — 2002. — Vol. 13. — P. 120–122.
11. Kauhanen J. Beer bingeing and mortality: results from the Kuopio ischaemic heart disease risk factor study, a prospective population based study / J. Kauhanen, G.A. Kaplan, D.E. Goldberg et al. // BMJ. — 1997. — Vol. 315. — P. 846–851.
12. Woojin Chung. Type of alcohol beverage and high-risk drinking: how risky is beer drinking in Korea? // Alcohol. Alcoholism. — 2004. — Vol. 39. — P. 39–42.

