

МИРОВОЙ ДЕМОГРАФИЧЕСКИЙ БАРОМЕТР**Алкоголь: потребление, последствия, глобальная стратегия сокращения вредного употребления**

Рубрику ведет кандидат экономических наук
Екатерина Щербакова

Сократить к 2025 году на 10% вредное употребление алкоголя

Алкоголь^[1], широко используемый во многих культурах на протяжении столетий, является психоактивным веществом, вызывающим зависимость. Вредное употребление алкоголя имеет пагубные медицинские и социальные последствия не только для пьющего и его окружения, но и для здоровья населения в целом и поэтому рассматривается в качестве одного из основных факторов риска заболеваемости и смертности.

Вредное употребление алкоголя является серьезным, но предотвратимым фактором риска возникновения психоневрологических нарушений и таких неинфекционных заболеваний, как болезни системы кровообращения, цирроз печени и различные виды рака. Вредное употребление алкоголя ассоциируется с такими инфекционными заболеваниями, как ВИЧ/СПИД, туберкулез и пневмония. Значительная часть бремени болезней, которую можно увязать с вредным употреблением алкоголя, является следствием неумышленных и умышленных травм, в том числе в результате дорожно-транспортных происшествий и насилия, а также самоубийств. При этом смертельным травмам, которые можно объяснить употреблением алкоголя, подвергаются, как правило, относительно молодые люди.

Воздействие алкоголя на хронические и острые проблемы здоровья населения определяется в значительной мере двумя основными параметрами употребления алкоголя:

- общим объемом употребляемого алкоголя и
- моделью употребления алкоголя.

Степень риска, связанного с вредным употреблением алкоголя, варьируется в зависимости от возраста, пола и других биологических параметров индивидуального потребителя, а также от условий и социального контекста, в которых обычно употребляется спиртное. Некоторые уязвимые или подвергающиеся риску группы населения отличаются повышенной восприимчивостью к токсичным, психоактивным и вызывающим зависимость свойствам этилового спирта. В то же время относительно менее рискованные формы употребления алкоголя могут и не приводить к существенному возрастанию вероятности негативных последствий для здоровья населения и общества в целом.

На уровни и модели употребления алкоголя, а также на масштабы связанных с алкоголем проблем среди определенных групп населения влияют различные факторы как на уровне отдельных индивидов (пол, возраст, семейные обстоятельства, социально-экономический статус), так и общества в целом (уровень социально-экономического и культурного развития, модели употребления алкоголя, регулирование производства и продажи алкоголя). Нет какого-либо одного доминирующего фактора риска, однако чем больше факторов риска у отдельного человека, тем выше вероятность того, что в результате употребления алкоголя у него разовьются проблемы, связанные с алкоголем.

Масштабы проблем в области здравоохранения, безопасности и социально-экономического развития, обусловленных алкоголем, можно достаточно эффективно уменьшить. Для этого необходимы действия, направленные на уровни, модели и контекст употребления алкоголя, а также на более широкие социальные детерминанты здоровья.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) придает особое значение разработке, тестированию и оценке эффективных мер по сокращению вредного употребления алкоголя, что невозможно без сбора, анализа и распространения информации об употреблении алкоголя, алкогольной зависимости и связанных с ними последствий для здоровья и общества.

В 2010 году Всемирная ассамблея здравоохранения приняла резолюцию, утвердившую глобальную стратегию сокращения вредного употребления алкоголя[2]. Она представляет собой совместное обязательство государств-членов ВОЗ постоянно проводить деятельность, направленную на уменьшение глобального бремени болезней, вызываемых вредным употреблением алкоголя. Стратегия содержит ряд принципов, которыми необходимо руководствоваться при разработке и осуществлении вариантов такой политики, устанавливает приоритетные направления глобальной деятельности, рекомендует целевые направления деятельности на национальном уровне и наделяет ВОЗ полномочиями для активизации деятельности на всех уровнях.

Варианты политики и меры вмешательства, осуществимые в рамках деятельности на национальном уровне, можно разделить на 10 рекомендуемых целевых направлений:

- лидерство, информированность и приверженность выполнению обязательств;
- меры служб здравоохранения;
- действия на местном уровне (общины по месту жительства);
- политика и меры борьбы с управлением транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения;
- доступность алкоголя;
- маркетинг алкогольных напитков;
- ценовая политика;

- уменьшение негативных последствий употребления спиртных напитков и алкогольной интоксикации;
- сокращение воздействия на здоровье населения алкогольных напитков, произведенных незаконно или неорганизованным сектором[3], а также суррогатного алкоголя[4];
- мониторинг и эпидемический надзор.

Для динамичного представления данных об уровнях и моделях употребления алкоголя, последствиях употребления алкоголя для здоровья и общества, а также о политических ответных мерах на уровнях отдельных стран, регионов и мира в целом ВОЗ поддерживает Глобальную информационную систему по алкоголю и здоровью (GISAH).

В 1999 году был опубликован первый доклад о потреблении алкоголя в мире[5], в котором анализировалось влияние употребления алкоголя на здоровье населения мира меры национальных правительств, направленных на улучшение ситуации. Доклад содержал сведения о потреблении алкоголя, смертности, связанной с употреблением алкоголя, о производстве и продаже алкоголя и мерах их регулирования.

В 2001 году был опубликован доклад о потреблении алкоголя молодежью[6], в 2004 году - второй доклад о потреблении алкоголя в мире[7] и доклад о политике в отношении алкоголя[8], основанный на данных 118 стран, в которых такая политика проводилась.

В 2011 году был подготовлен доклад о потреблении алкоголя и его влиянии на здоровье населения мира[9], основанный на данных, относящихся, главным образом, к 2004 году, а в 2014 году - аналогичный доклад[10], основанный на данных, относящихся преимущественно, к 2010 году и оценках на 2012 год. Последний доклад, в отличие от предыдущих, содержал некоторые оценки прогресса в развитии политики в отношении алкоголя, достигнутого после принятия Глобальной стратегии сокращения вредного употребления алкоголя. Кроме того, в докладе 2014 года представлена более разнообразная информация по индикаторам, связанным с употреблением алкоголя, собираемая в рамках всеобъемлющего мониторинга для предотвращения и контроля за неинфекционными заболеваниями, одобренного на Шестидесят шестой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения. Эта система мониторинга включает 25 индикаторов для отслеживания достижения 9 добровольно принимаемых целей, одна из которых – снизить к 2025 году вредное употребление алкоголя на 10% по сравнению с 2010 годом в соответствующем национальном контексте[11]. Относительное сокращение вредного употребления алкоголя может быть выражено в снижении значений трех индикаторов:

1. общего потребления алкоголя (учтенного и неучтенного), литров чистого алкоголя в расчете на одного человека в возрасте 15 лет и старше за календарный год;
2. стандартизованной по возрасту доли населения 15-19 лет и 15 лет и старше, имевших эпизоды употребления алкоголя в больших количествах (60 и более грамм чистого спирта) в течение последних 30 дней;
3. заболеваемость и смертность подростков и взрослого населения, связанная с употреблением алкоголя.

Важнейшим источником информации для подготовки доклада ВОЗ 2014 года послужило Глобальное обследование по проблемам потребления алкоголя и здоровья, которое было проведено в 2012 году в сотрудничестве с шестью региональными бюро ВОЗ[12] и Европейской комиссией (во всех странах Европейского союза). Анкета обследования 2012 года представляла собой модифицированную версию анкеты, по которой аналогичное обследование проводилось в 2008

году. Она содержала 44 вопроса по трем разделам, касающимся политики в отношении алкоголя, потребления алкоголя и национального мониторинга. Национальные участники, официально назначенные министерствами, занимающиеся вопросами здравоохранения, получали он-лайн доступ для заполнения анкеты или распечатанную версию анкеты. К концу 2012 года анкеты были заполнены 176 странами-членами ВОЗ и одним ассоциированным членом (Токелау). Этот составляет 91,2% от общего числа стран-членов ВОЗ (в 2008 году ответы были получены от 81,9% стран-членов ВОЗ) и охватывает 97,2% населения мира (в 2008 году – 97,0%). Для некоторых стран с федеративным типом государственного устройства (Индии, США, Канады, Великобритании) анкета предусматривала дополнительные вопросы или комментарии о региональной специфике. Несколько стран, сообщивших о запрете на алкоголь, не отвечали на вопросы о политике в отношении алкоголя

Кроме данных Глобального обследования по проблемам потребления алкоголя и здоровья 2012 года, использовались данные Глобальной информационной системы ВОЗ по алкоголю и здоровью (GISAH), официальные данные о производстве и продаже алкоголя (национальные или международных организаций по продовольствию) и опубликованные данные выборочных обследований по проблемам здоровья и потребления алкоголя.

Некоторые оценки – распределение населения по статусу употребления алкоголя (никогда не употреблявшие алкоголь; употреблявшие и не употреблявшие алкоголь в последние 12 месяцев), по доле имевших эпизоды употребления алкоголя в больших количествах в течение последних 30 дней, заболеваемости расстройствами, связанными с употреблением алкоголем – для многих стран были получены с помощью регрессионного моделирования. Используемые регрессионные модели основывались на данных специализированных обследований, проводимых, начиная с 2000 года. Независимыми переменными при этом выступали среднестатистическое потребление алкоголя, половозрастная структура населения, доля мусульман в населении страны, регион, к которому относится страна, уровень экономического развития (по валовому национальному продукту в паритетах покупательной способности) и год проведения обследования, результаты которого использовались.

Общее потребление алкоголя в 2010 году составило 6,2 литра чистого спирта на каждого человека 15 лет и старше

Общее потребление алкоголя (учтенное и неучтенное^[13]) в 2010 году составило 6,2 литра чистого спирта на каждого человека 15 лет и старше, или 13,5 грамма чистого спирта ежедневно. Неучтенное потребление алкоголя составляет в целом миру около четверти (24,8%) общего объема потребления алкоголя, но ситуации заметно различается по регионам ВОЗ (рис. 1). Больше всего алкоголя потребляется в Европейском регионе ВОЗ (10,9 литра чистого спирта на каждого человека 15 лет и старше), меньше всего – в Восточно-Средиземноморском регионе (0,7 литра). Доля неучтенного потребления алкоголя ниже всего в регионах с высоким уровнем потребления алкоголя – в Американском (14,3%) и Европейском (17,4%) регионах ВОЗ, тогда как в регионах с низким уровнем потребления алкоголя доля неучтенного потребления составляет до половины и более (45,7% в Юго-Восточной Азии и 5,1% в Восточно-Средиземноморском регионе). В некоторых странах, где алкоголь запрещен (в исламских государствах Восточно-Средиземноморского региона), доля неучтенного потребления приближается к 100%. Высока доля неучтенного потребления алкоголя и в некоторых странах с низким уровнем дохода в регионе Юго-восточной Азии. Так, в Индии крепкие напитки домашнего изготовления составляют значительную часть общего объема потребляемого алкоголя (крепкие напитки составляют 93%).

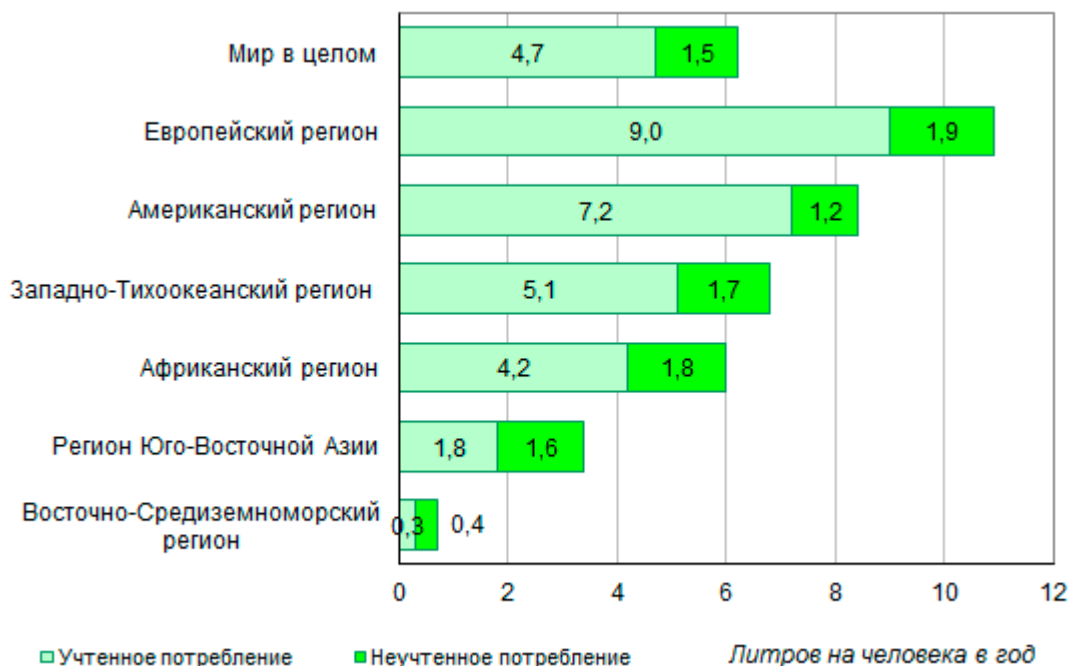


Рисунок 1. Потребление алкоголя по миру в целом и регионам ВОЗ, 2010 год, литров чистого алкоголя на одного человека в возрасте 15 лет и старше

Источник: World Health Organization (2014). Global status report on alcohol and health. 2014. P. 31; <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A1035?lang=en>

Регионы существенно различаются по предпочитаемому населением типам спиртных напитков. В целом по миру примерно половина алкоголя употребляется в виде крепких спиртных напитков, в Юго-Восточной Азии их доля превышает 77%, а в Западно-Тихоокеанском регионе – 61%. Вторым по популярности типом спиртных напитков является пиво, на которое приходится 34,8% потребляемого алкоголя в мире (рис. 2). Особенно популярно пиво в Американском регионе ВОЗ (55,3% от общего объема потребляемого алкоголя). Только 8,0% алкоголя в мире потребляется в виде вина, еще 7,1% приходится на другие спиртные напитки. Они, в основном, представлены ферментированными напитками, изготовленными из сорго, пшена, кукурузы, риса. Это наиболее популярные спиртные напитки в Африке (51,7% от общего потребления алкоголя в регионе). Потребление вина особенно распространено в Европе (25,7% от общего потребления алкоголя в регионе).

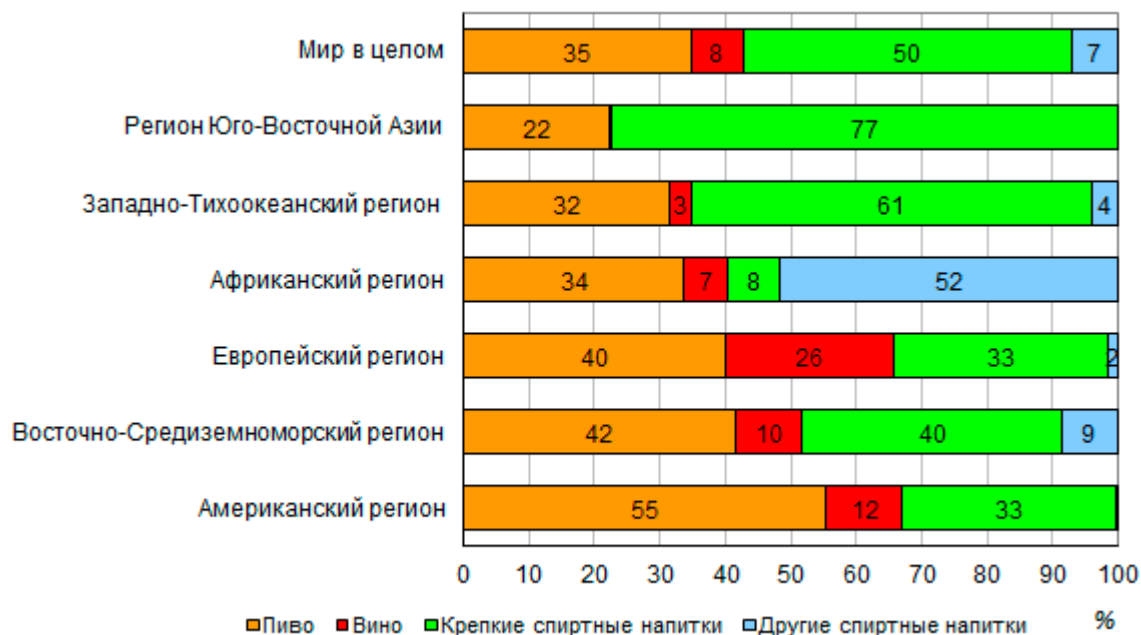


Рисунок 2. Доля различных спиртных напитков в общем объеме употребляемого алкоголя населением в возрасте 15 лет и старше по миру в целом и регионам ВОЗ, 2010 год, %

Источник: World Health Organization (2014). Global status report on alcohol and health 2014. P. 32.

В целом по миру 61,7% населения 15 лет и старше не употребляли спиртные напитки в течение последних 12 месяцев, в том числе 48,0% не употребляли алкоголь никогда в жизни, а 13,7% употребляли алкоголь когда-либо раньше, но не в последние 12 месяцев (рис. 3). В течение последних 12 месяцев употребляли спиртные напитки 38,3% населения мира в возрасте 15 лет и старше.

Доля воздержавшихся от употребления алкоголя в течение последних 12 месяцев варьируется от 33,6% населения 15 лет и старше в Европейском регионе до 94,6% в Восточно-Средиземноморском регионе ВОЗ. При этом доля потреблявших когда-либо раньше спиртные напитки составляет в этой группе всего 5,1% в Восточно-Средиземноморском регионе и 11,4% в Юго-Восточной Азии, а в Американском регионе – превышает половину (50,9%). В Европейском регионе, где меньше всего воздерживающихся от употребления алкоголя, 38,7% употребляли алкоголь ранее.

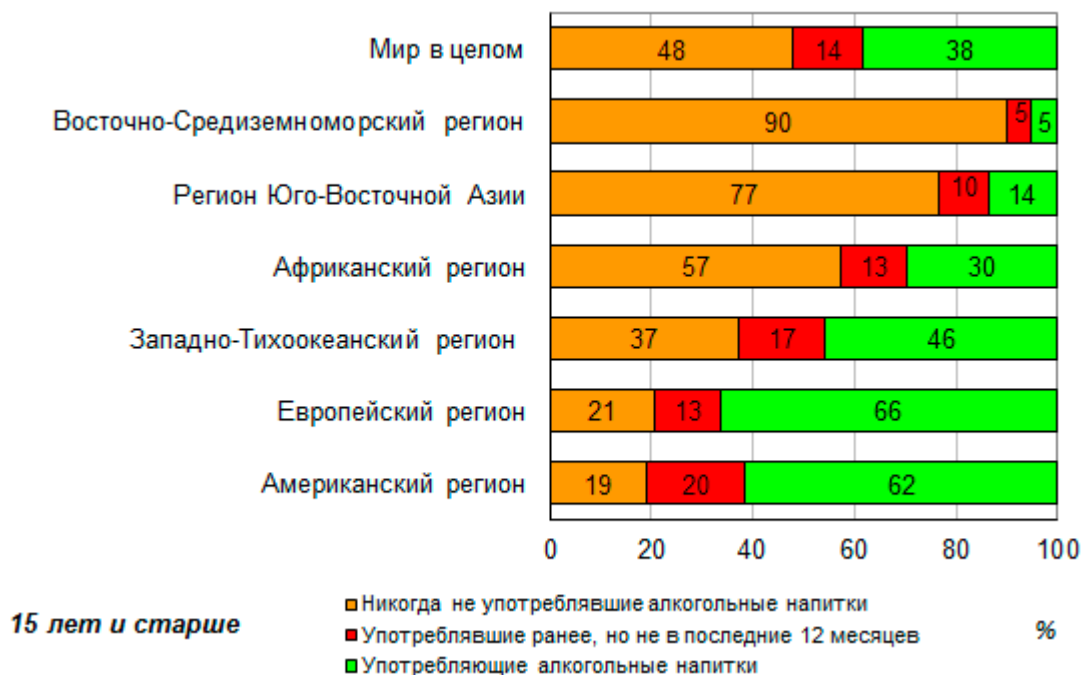


Рисунок 3. Доля употребляющих и не употребляющих алкоголь среди населения 15 лет и старше по миру в целом и регионам ВОЗ, 2010 год, %

Источник: World Health Organization (2014). Global status report on alcohol and health 2014. P. 33.

Наличие эпизодов употребления алкоголя в больших количествах – 60 и более грамм чистого алкоголя[14] за раз в течение последних 30 дней[15] – является важным индикатором модели потребления алкоголя. При более высоком уровне потребления алкоголя выше доля лиц, имевших эпизоды употребления алкоголя в больших количествах (рис. 4). Так, в Юго-Восточной Азии при низком уровне среднедушевого потребления алкоголя – 3,4 литра чистого спирта на человека 15 лет и старше – доля лиц 15 лет и старше, имевших эпизоды употребления алкоголя в больших количествах, составляет всего лишь 1,6%, а среди пьющих (употребляющих спиртные напитки) – 12,4%. В Американском регионе с более высоким уровнем потребления алкоголя (8,4 против 3,4 литра на человека в год) – выше и доля населения с эпизодами употребления алкоголя в больших количествах как среди пьющих (22,0% против 12,4%), так и среди всего населения 15 лет и старше (13,7% против 1,6%). Выше всего доля имевших эпизоды употребления алкоголя в больших количествах в Европейском регионе ВОЗ с самым высоким уровнем потребления алкоголя – 16,5% среди населения 15 лет и старше и 22,9% среди пьющих.

Однако стоит отметить, что нет четкой зависимости между объемом потребления алкоголя пьющими людьми и частотой эпизодов употребления алкоголя в больших количествах. Так, объемы среднедушевого потребления алкоголя пьющими людьми особенно высоки в Юго-Восточной Азии (23,1 литра чистого спирта), но частота эпизодов потребления алкоголя в больших количествах ниже (12,4%), чем во всех остальных регионах, кроме Восточно-Средиземноморского. В Американском и Европейском регионах ВОЗ при более низких уровнях потребления алкоголя пьющими людьми

(соответственно, 13,6 и 16,8 литра в год) доля имевших эпизоды употребления алкоголя в больших количествах существенно выше (22,0 и 22,9%).

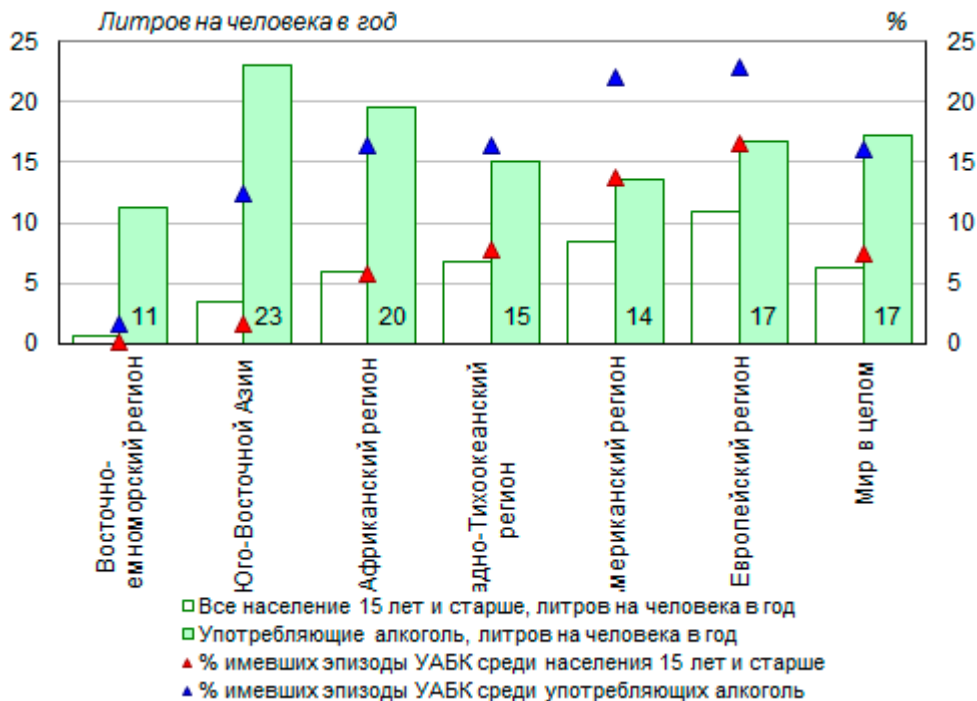


Рисунок 4. Потребление алкоголя (литров чистого алкоголя на человека в год) и доля имевших эпизоды употребления алкоголя в больших количествах (УАБК) среди пьющих и не пьющих в возрасте 15 лет и старше (%) по миру в целом и регионам ВОЗ, 2010 год

Источник: World Health Organization (2014). Global status report on alcohol and health 2014. P. 35.

Объемы потребления алкоголя и наличие эпизодов употребления алкоголя в больших количествах в существенной степени зависят от пола и возраста.

Женщины чаще, чем мужчины, воздерживаются от употребления спиртных напитков. Доля употребляющих алкоголь среди мужчин 15 лет и старше выше, чем среди женщин того же возраста в 1,6 раза (47,7% против 28,9%). Среди регионов ВОЗ значение этого превышения составляет от 1,3 раза в Американском регионе до 4,3 раза в Юго-Восточной Азии (табл. 1).

Потребление алкоголя пьющими мужчинами 15 лет и старше в 2,1 раза превышает среднедушевой объем потребления алкоголя пьющими женщинами (21,2 против 8,9 литра). Среди регионов ВОЗ значение превышения варьирует от 1,7 в Африканском регионе до 3,2 в Юго-Восточной Азии.

Особенно значительные различия между мужчинами и женщинами наблюдаются по доле имевших эпизоды употребления алкоголя в больших количествах в последние 30 дней. В целом по миру среди мужчин, употребляющих спиртные напитки, она в 3,8 раза выше, чем среди женщин,

употребляющих алкогольные напитки (20,3% против 8,3%). Среди регионов ВОЗ значение превышения варьирует от 2,4 раза в Американском и Африканском регионах до 10,9 раза в регионе Юго-Восточной Азии.

Таблица 1. Доля употребляющих алкоголь, объем потребления и доля имевших эпизоды употребления алкоголя в больших количествах (УАБК) среди мужчин (М) и женщин (Ж) в целом по миру и регионам ВОЗ, 2010

	Доля употребляющих алкоголь среди населения 15 лет и старше, %			Потребление алкоголя среди пьющих, литров чистого алкоголя на человека 15 лет и старше в год			Доля имевших эпизоды УАБК среди употребляющих алкоголь, %		
	М	Ж	М/Ж	М	Ж	М/Ж	М	Ж	М/Ж
Мир в целом	47,7	28,9	1,6	21,2	8,9	2,1	21,5	5,7	3,8
<i>Регионы ВОЗ:</i>									
Американский	70,7	52,8	1,3	18,0	8,0	2,3	29,4	12,3	2,4
Африканский	40,2	19,6	2,1	22,4	13,2	1,7	20,3	8,3	2,4
Восточно-Средиземноморский	7,4	3,3	2,2	14,0	4,8	2,9	2,0	0,5	3,7
Европейский	73,4	59,9	1,2	22,7	10,1	2,3	31,8	12,6	2,5
Западно-Тихоокеанский	58,9	32,2	1,8	19,0	7,1	2,7	23,1	3,2	7,3
Юго-Восточноазиатский	21,7	5,0	4,3	26,3	8,2	3,2	15,4	1,4	10,9

Источник: World Health Organization (2014). Global status report on alcohol and health 2014. P. 39.

Региональные различия по доле подростков 15-19 лет, воздерживающихся от употребления алкоголя, в целом те же, что и по доле не употребляющих спиртные напитки в возрасте 15 лет и старше (рис. 5). В целом по миру доля не употреблявших алкоголь в течение последних 12 месяцев среди подростков ненамного выше, чем среди населения 15 лет и старше (65,9 против 61,7%).

Больше всего подростков 15-19 лет, употреблявших алкоголь в течение последних 12 месяцев, в Европейском регионе (69,5%), где их доля даже несколько выше, чем среди населения 15 лет и старше (66,4%). Высока она и в Американском регионе (52,7%), в котором она ниже, чем среди населения 15 лет и старше (61,5%). Ниже всего доля подростков, употреблявших алкоголь в течение последних 12 месяцев, в регионе Юго-Восточной Азии (8,2%) и Восточно-Средиземноморском регионе (10,0%), причем в последнем она, также выше чем среди населения 15 лет и старше (5,4%).

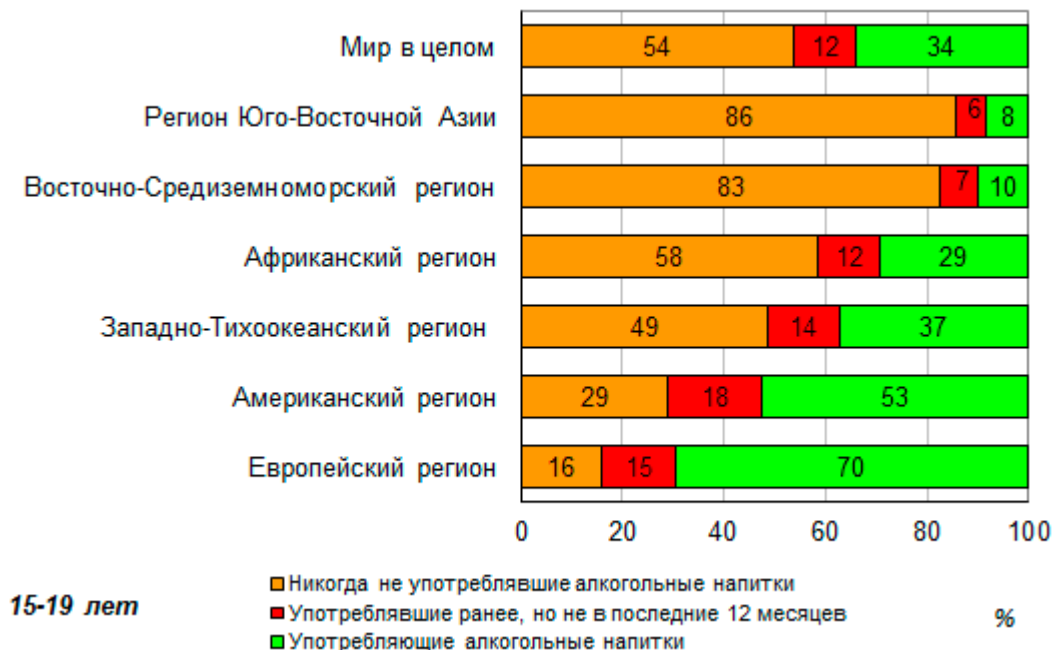


Рисунок 5. Доля употребляющих и не употребляющих алкоголь среди населения 15-19 лет по миру в целом и регионам ВОЗ, 2010 год, %

Источник: World Health Organization (2014). Global status report on alcohol and health 2014. P. 37.

Среди подростков 15-19 лет больше распространены эпизоды употребления алкоголя в больших количествах, чем среди населения 15 лет и старше – 11,7% против 7,5% в целом по миру (рис. 6). Исключение составляют Восточно-Средиземноморский регион, в котором такие эпизоды практически не наблюдаются, регион Юго-Восточной Азии, в котором эпизоды употребления алкоголя в больших количествах, относительно малочисленные, чаще наблюдаются среди населения 15 лет и старше. В Африканском регионе эпизоды употребления алкоголя в больших количествах почти в равной степени распространены среди подростков 15-19 лет и среди населения 15 лет и старше (6,3% и 5,7%). Самая высокая доля подростков 15-19 лет, имевших эпизоды употребления алкоголя в больших количествах, отмечается в Европейском регионе ВОЗ (31,2%), особенно среди юношей (40,0%). Высока она и в Американском регионе ВОЗ (18,4% и 29,3%, соответственно).

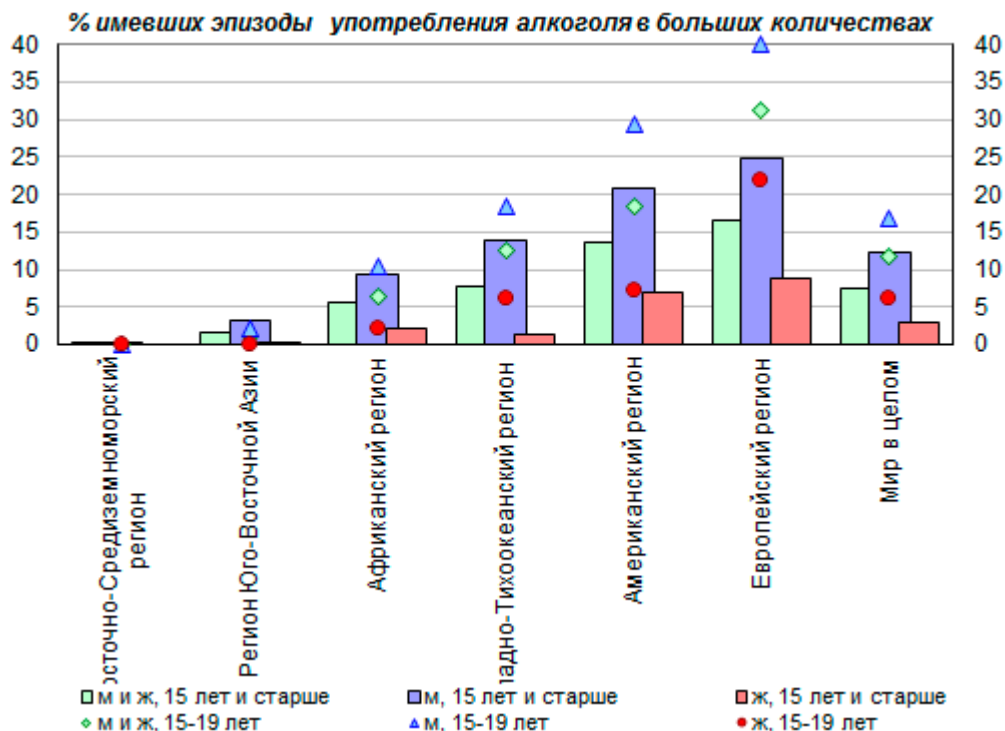


Рисунок 6. Доля имевших эпизоды употребления алкоголя в больших количествах (УАБК) среди населения 15-19 и 15 лет и старше по миру в целом и регионам ВОЗ, 2010 год, %

Источник: World Health Organization (2014). Global status report on alcohol and health 2014. P. 38-39.

Уровень потребления алкоголя выше в странах с более высоким уровнем валового национального дохода [16]. Высокий уровень экономического развития ассоциируется с низкой долей неучтенного потребления алкоголя, с более широким распространением употреблением алкоголя и эпизодов употребления алкоголя в больших количествах. Так, в странах с высоким уровнем дохода не учитывается лишь 8,5% потребляемого алкоголя, а в странах с низким и низким средним доходом – более 40% (табл. 2). Одним из объяснений этого факта может служить более низкая цена неучтенного алкоголя. В то же время доля употребляющих алкоголь в странах с высоким доходом достигает почти 70%, а эпизоды употребления алкоголя в больших количествах в течение последних 30 дней имел каждый пятый из употребляющих спиртные напитки.

Таблица 2. Объем потребления алкоголя, доля употребляющих алкоголь и имевших эпизоды употребления алкоголя в больших количествах (УАБК) среди употребляющих алкоголь в возрасте 15 лет и старше в целом по миру и группам стран с разным уровнем дохода, 2010

	Потребление алкоголя			Доля употребляющих алкоголь, % населения 15 лет и старше	Доля имевших эпизоды УАБК среди употребляющих алкоголь, %
	всего, литров на душу населения 15 лет и старше в год	в том числе неучтенное потребление алкоголя			
		литров	%		
Мир в целом	6,2	1,5	24,8	38,3	16,0
<i>Группы стран:</i>					
с низким доходом	3,1	1,4	44,3	18,3	11,6
с низким средним доходом	4,1	1,7	42,3	19,6	12,5
с высоким средним доходом	7,3	1,8	24,2	45,0	17,2
с высоким доходом	9,6	0,8	8,5	69,5	22,3

Источник: World Health Organization (2014). Global status report on alcohol and health 2014. P. 40.

Различия в употреблении алкоголя по полу, как правило, меньше в странах с высоким и низким доходом и выше в странах со средним доходом. Так, доля употреблявших спиртные напитки в течение последних 12 месяцев среди мужчин в странах с высоким уровнем дохода выше, чем среди женщин, в 1,2 раза, а в странах с низким средним доходом – в 2,5 раза (табл. 3). Доля имевших эпизоды употребления алкоголя в больших количествах в течение последних 30 дней среди мужчин выше, чем среди женщин, в 2,3 раза в странах с высоким уровнем дохода и в 6,2 раза в странах с низким средним доходом.

Таблица 3. Доля употребляющих алкоголь, объем потребления и доля имевших эпизоды употребления алкоголя в больших количествах (УАБК) среди мужчин (М) и женщин (Ж) в целом по миру и группам стран с разным уровнем дохода, 2010

	Доля употребляющих алкоголь среди населения 15 лет и старше, %			Потребление алкоголя среди пьющих, литров чистого алкоголя на человека 15 лет и старше в год			Доля имевших эпизоды УАБК среди употребляющих алкоголь, %		
	М	Ж	М/Ж	М	Ж	М/Ж	М	Ж	М/Ж
Мир в целом	47,7	28,9	1,6	21,2	8,9	2,1	21,5	5,7	3,8
<i>Группы стран:</i>									
с низким доходом	24,9	11,9	2,1	18,4	8,9	2,1	14,5	5,4	2,7
с низким средним доходом	28,0	11,0	2,5	24,0	8,0	3,0	15,8	2,6	6,2
с высоким средним доходом	57,3	32,5	1,8	20,5	8,5	2,4	24,0	4,9	4,9
с высоким доходом	75,6	63,6	1,2	18,9	8,4	2,3	30,2	13,4	2,3

Источник: World Health Organization (2014). Global status report on alcohol and health 2014. P. 41.

Доминирующая тенденция в потреблении алкоголя в последние годы - рост объемов потребления, в основном за счет Китая и Индии, что, по-видимому, связано с индустриализацией производства спиртных напитков и повышением уровня доходов. За пять лет (2005-2010 годы) среднедушевой объем потребления алкоголя увеличился в регионе Юго-Восточной Азии на 1,2 литра, а в Западно-Тихоокеанской регионе – на 0,6 литра (табл. 4). В Европейском, Африканском и Американском регионе отмечалось снижение уровня потребления алкоголя, хотя к оценкам неучтенного потребления алкоголя за разные годы следует относиться с осторожностью. В Европейском и Западно-Тихоокеанском регионе снизилась и доля населения, употреблявшего спиртные напитки в течение последних 12 месяцев.

Таблица 4. Объем потребления алкоголя и доля употребляющих алкоголь среди населения 15 лет и старше в целом по миру и регионам ВОЗ, 2005 и 2010 год

	Потребление алкоголя, литров чистого алкоголя на человека 15 лет и старше в год				Доля неучтенного потребления, %		Доля пьющих в населении 15 лет и старше, %	
	Общее		Неучтенное		2005	2010	2005	2010
	2005	2010	2005	2010				
Мир в целом	6,1	6,2	1,8	1,5	28,7	24,8	41,8	38,3
Регионы ВОЗ:								
Американский	8,7	8,4	2,0	1,2	23,1	14,4	58,3	61,5
Африканский	6,2	6,0	1,9	1,8	31,4	29,3	29,2	29,8
Восточно-Средиземноморский	0,7	0,7	0,4	0,4	56,2	54,5	3,5	5,4
Европейский	12,2	10,9	2,7	1,9	21,9	17,1	68,8	66,4
Западно-Тихоокеанский	6,2	6,8	1,6	1,7	36,2	25,1	56,3	45,8
Юго-Восточноазиатский	2,2	3,4	1,5	1,6	69,0	47,4	10,7	13,5

Источник: World Health Organization (2014). Global status report on alcohol and health 2014. P. 42.

В 2012 году 5,9% всех смертей и 5,1% бремени болезней были связаны с употреблением алкоголя

Вредное употребление алкоголя является одним из основных факторов риска заболеваемости, нетрудоспособности и смертности. Оно является одним из компонентов более 200 болезней и травм, описанных в Международной классификации болезней X пересмотра (МКБ-10)[17]. По оценкам ВОЗ, употреблением алкоголя обусловило в 2010 году в целом по миру около 3,3 миллиона смертей, или 5,9% от их общего количества, причем в этой оценке учтено положительное влияние менее рискованного употребления алкоголя на заболеваемость некоторыми болезнями и их течение. Вклад употребления алкоголя в смертность выше, чем доля смертей от ВИЧ/СПИДа (2,8%), туберкулеза (1,7%), насилия (0,9%). С употреблением алкоголя связано 5,1% общего бремени болезней, измеренного в годах сокращения здоровой жизни или с поправкой на нетрудоспособность (DALY)[18].

Доля смертей и бремени болезней, связанная с употреблением алкоголя, различается по отдельным причинам смерти, заболеваниям и травмам, характеризуя состояние здоровья населения в целом, а не влияние потребления алкоголя на отдельных индивидов (рис. 7). Помимо расстройств, связанных с употреблением алкоголя, и алкогольного синдрома плода, полностью, на 100% обусловленных потреблением алкоголя, высокой долей смертей и бремени болезней, обусловленных употреблением алкоголя, отличаются болезни печени, особенно цирроз печени (50%). Доля смертей и бремени болезней, обусловленных употреблением алкоголя, по другим причинам смерти, заболеваниям и травмам относительно меньше, что маскирует роль алкоголя как фактора риска для общественного сознания. Однако употребляющие алкогольные напитки

подвержены более высокому риску заболеваемости некоторыми формами рака (от 4 до 30% бремени болезней обусловлены употреблением алкоголя). С употреблением алкоголя связано около 10% бремени болезней, обусловленного туберкулезом, эпилепсией, геморрагическим инсультом и гипертонической болезнью сердца.

Небольшой отрицательный вклад смертей и бремени болезней, связанных с употреблением алкоголя, в смертность и бремя болезней от сахарного диабета означает, что менее рискованное употребление алкоголя оказывает в целом, скорее, положительный эффект на уровне населения в целом. Подобный эффект отмечается также по ишемической болезни, но существенно менее слабый.

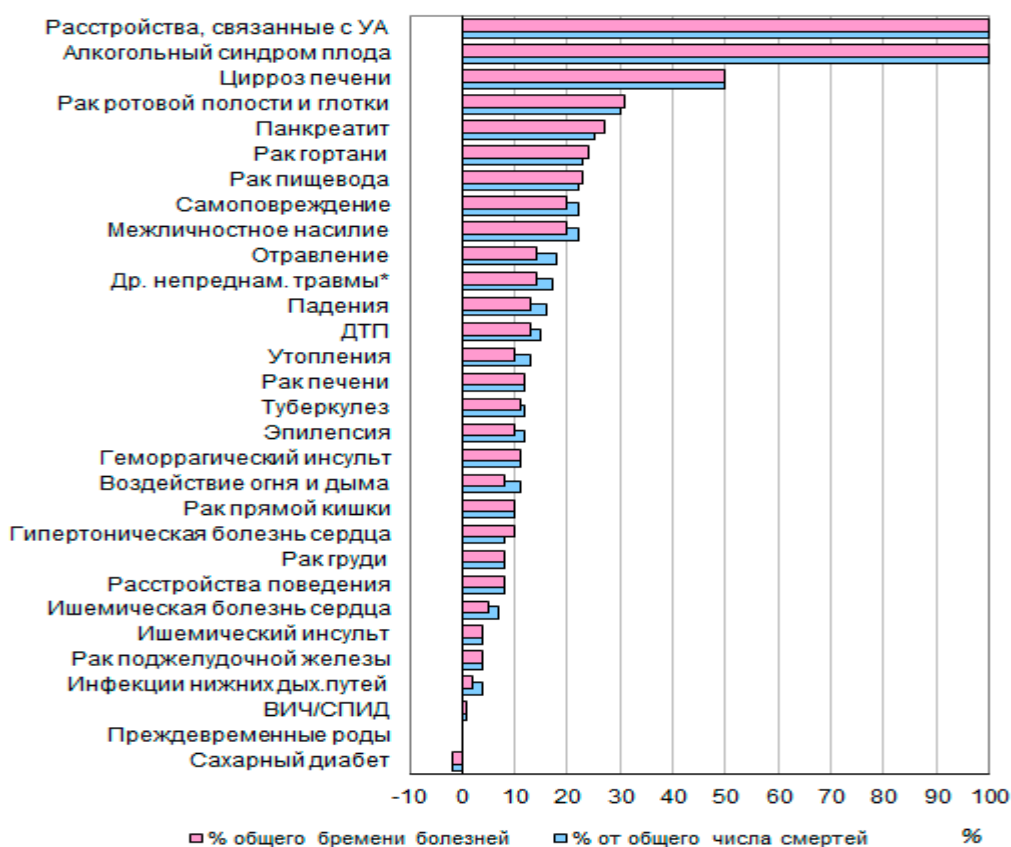


Рисунок 7. Доля смертей и бремени болезней, связанная с употреблением алкоголя (УА), по отдельным причинам смерти, заболеваниям и травмам, мир в целом, 2012 год, %

* Другие непреднамеренные травмы и повреждения - различные удушения, укусы змей или других животных, переохлаждение или перегрев

Источник: World Health Organization (2014). Global status report on alcohol and health 2014. P. 47.

Распределение смертей, связанных с употреблением алкоголя, по отдельным причинам смерти показывает, что большая их часть приходится на сердечно-сосудистые заболевания (33,4%), травмы (25,8%), особенно непреднамеренные (17,1%), желудочно-кишечные заболевания (16,2%) и рак (12,5%). В то же время в бремя болезней, связанных с употреблением алкоголя, наибольший вклад вносят психоневрологические расстройства (24,6%), которые составляли незначительную долю (4,0%) смертей, связанных с употреблением алкоголя (рис. 8). Более существенный вклад в бремя болезней, связанных с употреблением алкоголя, вносят и травмы (30,7%, в том числе непреднамеренные – 20,4%). Вклад сердечно-сосудистых заболеваний ниже, чем в смертность, связанную с употреблением алкоголя (15,5% против 33,4%).

Структура смертности и заболеваемости, связанной с употреблением алкоголя, существенно различается по полу.

Доля смертей, связанных с употреблением алкоголя, у мужчин выше, чем у женщин (7,6% против 4,0%). Среди причин смертей мужчин, связанных с употреблением алкоголя, преобладают травмы (34,6%, в том числе непреднамеренные – 22,8%), тогда как среди причин смертей женщин – сердечно-сосудистые заболевания (58,2%).

Бремя болезней, связанных с употреблением алкоголя, у мужчин также выше, чем у женщин (7,4% против 2,3%). При этом в бремя болезней, связанных с употреблением алкоголя, у женщин наибольший вклад, хотя и меньший, чем в смертность, вносят сердечно-сосудистые заболевания (33,6%), а у мужчин – травмы (35,7%, в том числе непреднамеренные – 23,5%). Более высокий удельный вклад в бремя болезней, связанных с употреблением алкоголя, у мужчин вносят психоневрологические расстройства (26,1% против 18,8% у женщин), а у женщин – желудочно-кишечные заболевания (17,6 против 12,5% у мужчин) и рак (10,2 против 8,2%).

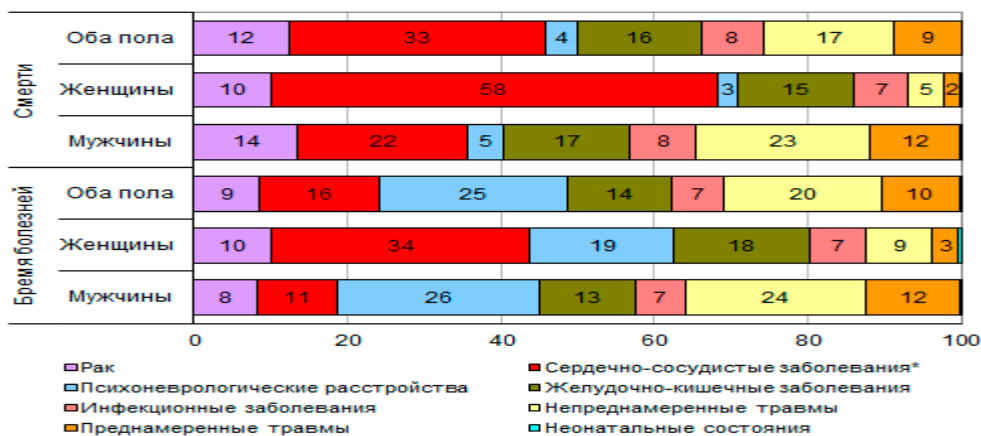


Рисунок 8. Распределение смертей и бремени болезней, связанных с употреблением алкоголя, по полу и отдельным причинам смерти, заболеваниям и травмам, мир в целом, 2012 год, %

* Сердечно-сосудистые заболевания и диабет

Источник: World Health Organization (2014). Global status report on alcohol and health 2014. P. 54.

Заболееваемость расстройствами, связанными с употреблением алкоголя[19], существенно различается по регионам мира. Если в целом по миру доля населения 15 лет и старше с диагнозом зависимости от алкоголя (алкоголики) оценивалась экспертами по данным за 2010 год в 2,3%, то в Европейском регионе с наиболее высоким уровнем потребления алкоголя она достигала 4,0%, а в Американском регионе – 3,4% (рис. 9). Доля населения 15 лет и старше, злоупотребляющего алкоголем, в целом по миру составляла 1,8%, а в Европейском регионе была вдвое выше. В Восточно-Средиземноморском регионе, во многих странах которого алкоголь запрещен, заболееваемость расстройствами, связанными с употреблением алкоголя, близка к нулю.

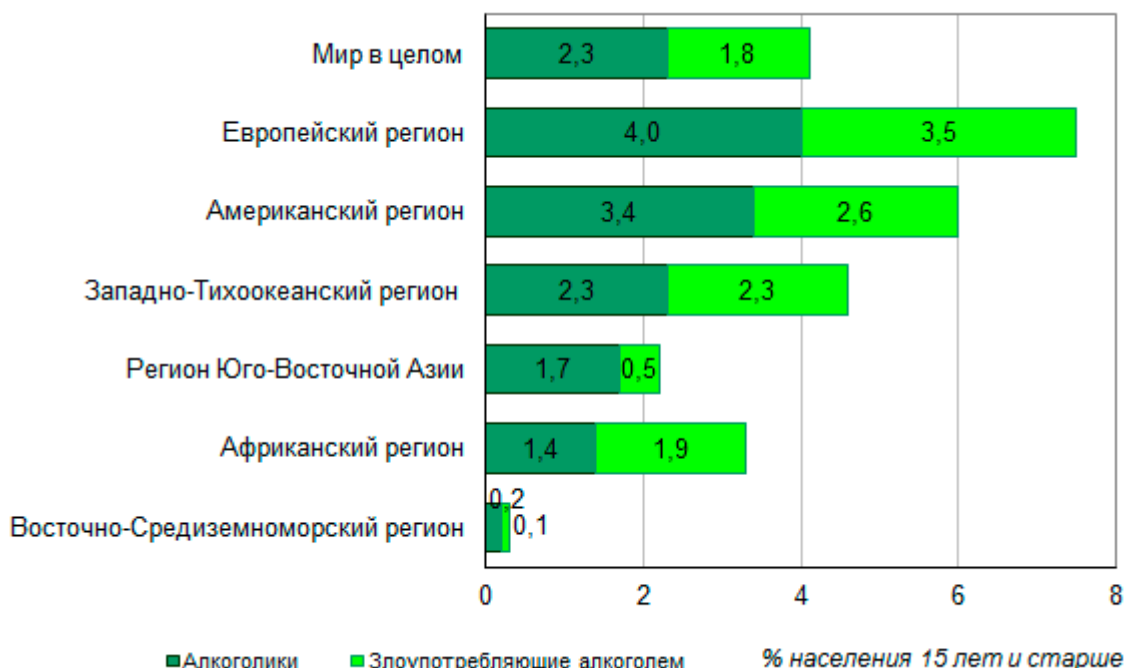


Рисунок 9. Заболееваемость расстройствами, связанными с употреблением алкоголя, по миру в целом и регионам ВОЗ, 2010 год, % населения 15 лет старше

Источник: World Health Organization (2014). Global status report on alcohol and health 2014. P. 51.

Заболееваемость расстройствами, связанными с употреблением алкоголя, особенно велика среди мужчин. Доля алкоголиков и злоупотребляющих алкоголем среди мужчин 15 лет и старше в целом по миру достигает 7,2%, а среди женщин 15 лет и старше составляет 1,3% (рис. 10). Наиболее высокие показатели заболееваемости расстройствами, связанными с употреблением алкоголя, отмечают у мужчин Европейского региона ВОЗ (12,6%), несколько ниже (около 9%) – у мужчин Американского и Западно-Тихоокеанского регионов. У женщин показатели заболееваемости расстройствами, связанными с употреблением алкоголя, высоки в Американском и Европейском регионах (около 3%, что близко к уровню заболееваемости мужчин в регионе Юго-Восточной Азии – 4,0%).

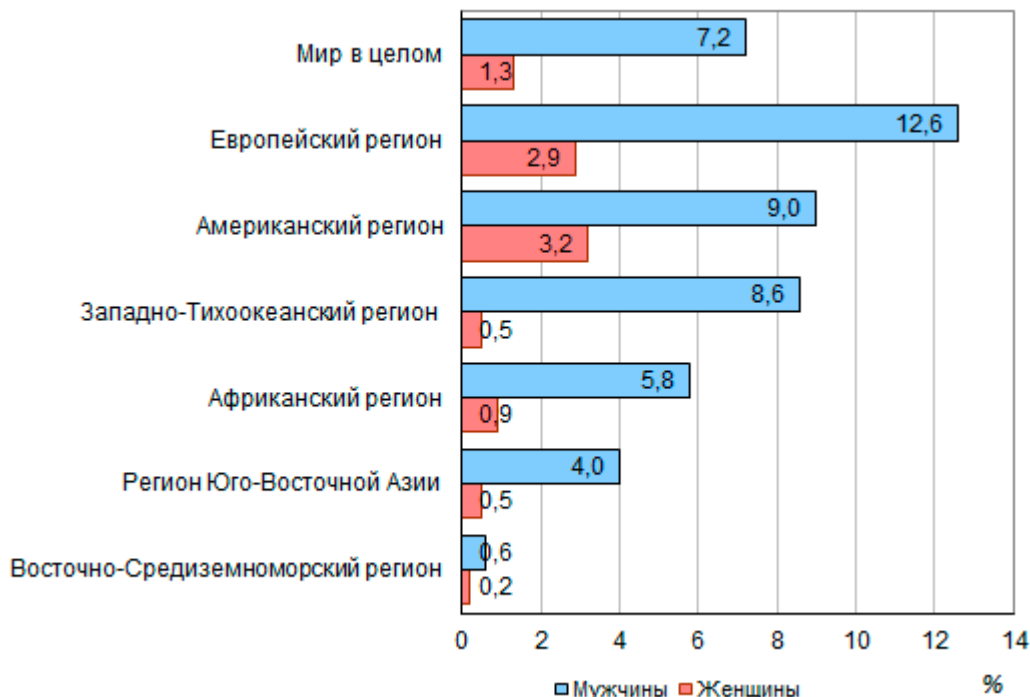


Рисунок 10. Заболеваемость расстройствами, связанными с употреблением алкоголя, мужчин и женщин по миру в целом и регионам ВОЗ, 2010 год, % населения 15 лет старше

Источник: World Health Organization (2014). Global status report on alcohol and health 2014. P. 51.

В целом, вклад вредного потребления алкоголя в смертность и заболеваемость населения особенно высок в Европейском регионе ВОЗ, в котором доля смертей и бремени болезней, связанных с употреблением алкоголя, составляет около 13% (рис. 11). Второе место занимает Западно-Тихоокеанский регион, в котором вклад бремени болезней, связанных с употреблением алкоголя, почти вдвое ниже (6,6%), хотя и выше, чем в целом по миру (5,1%), а доля смертей, связанных с употреблением алкоголя, пока в 2,3 раза ниже (5,9%), чем в Европейском регионе. В дальнейшем вклад смертей, связанных с употреблением алкоголя, в смертность может увеличиться в связи с тенденцией роста потребления алкоголя в Китае, о которой упоминалось выше, и накоплением вредного влияния алкоголя на здоровье по мере взросления поколений, в которых отмечается повышение уровня потребления алкоголя.

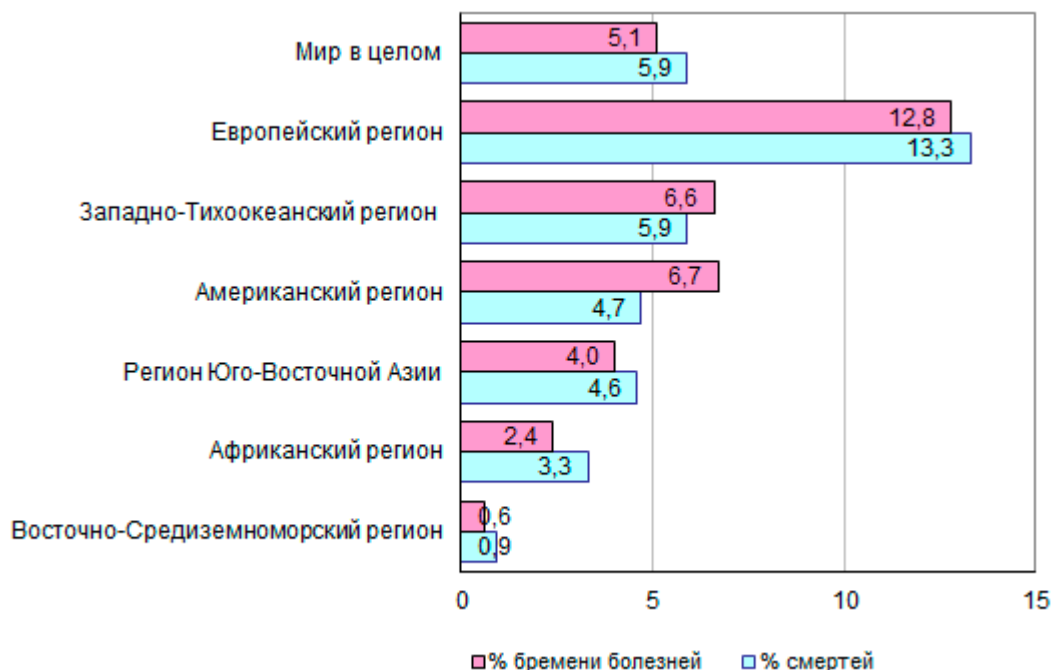


Рисунок 11. Доля смертей и бремени болезней, связанная с употреблением алкоголя, по всем причинам смерти, заболеваниям и травмам, мир в целом и регионы ВОЗ, 2012 год, %

Источник: World Health Organization (2014). Global status report on alcohol and health 2014. P. 49, 51.

Оценки вклада смертей и бремени болезней, связанных с употреблением алкоголя, были представлены и в предыдущих докладах ВОЗ, о которых говорилось выше. Однако прямые сопоставления, к сожалению, невозможны из-за некоторых методологических различий. Тем не менее, сопоставимые оценки бремени болезни по различным факторам риска дают основания предполагать, что доля смертей и бремени болезней, связанная с употреблением алкоголя, для населения мира в целом возрастает. По данным некоторых исследований, вредное употребление алкоголя как одна из основных причин смерти и заболеваемости переместилось с восьмой позиции в 1990 году на пятую в 2010 году[20].

Наиболее высоки потери из-за употребления алкоголя в странах Восточной Европы

Смертность и бремя болезней, связанные с употреблением алкоголя, выше в странах с более высоким уровнем развития. Если в целом по миру смертность от причин, связанных с употреблением алкоголя, по оценкам за 2012 год составила 465 на миллион человек, то в странах с высоким уровнем дохода – 799. В странах с низким доходом она была почти вчетверо ниже (209), а в странах со средним доходом – почти вдвое ниже (428 в странах с более низким средним доходом и 414 в странах с более высоким средним доходом). Бремя болезней, связанных с употреблением алкоголя, составило 1968 лет на 100 тысяч человек в целом по миру, а в странах с высоким доходом

– 3006 против 1074 в странах с низким доходом (1809 в странах с более низким средним доходом и 1890 в странах с более высоким средним доходом). И это неудивительно, поскольку в странах с более высоким доходом заметно выше уровень потребления алкоголя. Однако если соотнести смертность и бремя болезней, связанные с употреблением алкоголя, с общим объемом среднедушевого потребления алкоголя, взаимосвязь между уровнем экономического развития, уровнем потребления алкоголя и бременем вредного употребления алкоголя окажется иной (табл. 5). Более низкий уровень потребления алкоголя в менее развитых группах стран в действительности ассоциирован с более высоким бременем болезней, связанных с употреблением алкоголя, в расчете на литр чистого алкоголя. Это может быть связано с более высокими общими рисками заболеваемости и смертности в менее развитых странах, а также с более рискованными моделями потребления спиртных напитков. В регионах с более высоким уровнем экономического развития бремя болезней, связанных с употреблением алкоголя, в расчете на литр потребленного алкоголя заметно ниже. Исключение составляют некоторые страны Восточной Европы, в которых оно, напротив, в несколько раз выше, чем во всех остальных регионах.

Таблица 5. Уровень экономического развития и соотношение смертности и бремени болезней, связанных с употреблением алкоголя (УА), с объемом общего потребления алкоголя (ОПА) по регионам ВОЗ и группе стран Восточной Европы (ВЕ)*, 2012 год

	ВВП по ППС, долларов на душу населения	Смертность, связанная с УА, умерших на 100000 человек	Бремя болезней, связанное с УА, на 100000 человек	ОПА, литров чистого алкоголя на человека 15 лет и старше	Умерших на 100000 человек в расчете на литр ОПА	Бремя болезней на 100000 человек в расчете на литр ОПА
Мир в целом	12060	46,5	1967	6,8	6,8	289
<i>Регионы ВОЗ:</i>						
Американский	25837	31,7	1924	8,4	3,8	229
Африканский	2748	34,2	1799	6,0	5,7	299
Восточно-Средиземноморский	6816	5,7	262	0,7	8,2	373
Европейский кроме ВЕ	27217	41,6	1889	9,3	4,5	203
Восточная Европа (ВЕ)	16962	463,0	13377	14,8	31,3	904
Западно-Тихоокеанский	10393	41,6	1783	8,4	5,0	212
Юго-Восточноазиатский	3657	34,6	1599	4,0	8,7	400

* Белоруссия, Молдавия, Россия и Украина

Источник: World Health Organization (2014). Global status report on alcohol and health 2014. P. 56.

По данным, представленным в Глобальной информационной системе ВОЗ по алкоголю и здоровью (Global Information System on Alcohol and Health, GISAH), все четыре страны входят в шестерку стран с самыми высокими уровнями потребления алкоголя. По средней оценке за 2008-2010 годы, наиболее высок общий уровень потребления алкоголя в Белоруссии - 17,5 литра чистого спирта на человека 15 лет и старше, несколько ниже – в Молдавии (16,8), России (15,1) и на Украине (13,9). В группу стран с наиболее высоким уровнем потребления алкоголя по данным за 2008-2010 годы вошли и некоторые другие страны: Литва (15,4), Румыния (14,4), Андорра (13,8), Венгрия (13,3), Чехия и Словакия (по 13). Еще в 31 стране общий объем потребления спиртных напитков превышал 10 литров чистого алкоголя на человека 15 лет и старше (рис. 12).

Во всех странах мира мужчины потребляют алкоголя в несколько раз больше, чем женщины (в некоторых странах – в десятки раз, а в некоторых странах потребление алкоголя женщинами близко к нулю).

По высокому уровню потребления алкоголя мужчинами выделяются Белоруссия (27,5 литра чистого спирта на мужчину 15 лет и старше), Молдавия (25,9), Литва (24,4), Россия (23,9), Румыния (22,6), Украина (22,0), Южная Корея (21,0), Словакия (20,5) и Венгрия (20,4). Такой уровень потребления означает, что, в среднем, каждый мужчина 15 лет и старше ежедневно употребляет более 44 грамм чистого спирта. В Белоруссии ежесуточный объем потребления спиртного мужчинами близок к 60 граммам – пороговой дозе, которая используется экспертами ВОЗ для дифференциации эпизодов употребления алкоголя в больших количествах.

Еще в 31 стране общее потребление алкоголя мужчинами составляет от 15 до 20 литров чистого спирта в год.

В ряду стран, ранжированных по потреблению алкоголя женщинами, также лидируют Белоруссия (9,1 литра чистого спирта на женщину 15 лет и старше), Молдавия (8,9), Литва (8,2), Россия (7,9), Румыния и Украина (по 7,8). Еще в 11 странах мира среднестатистический объем потребления алкоголя женщинами превышает 7 литров.

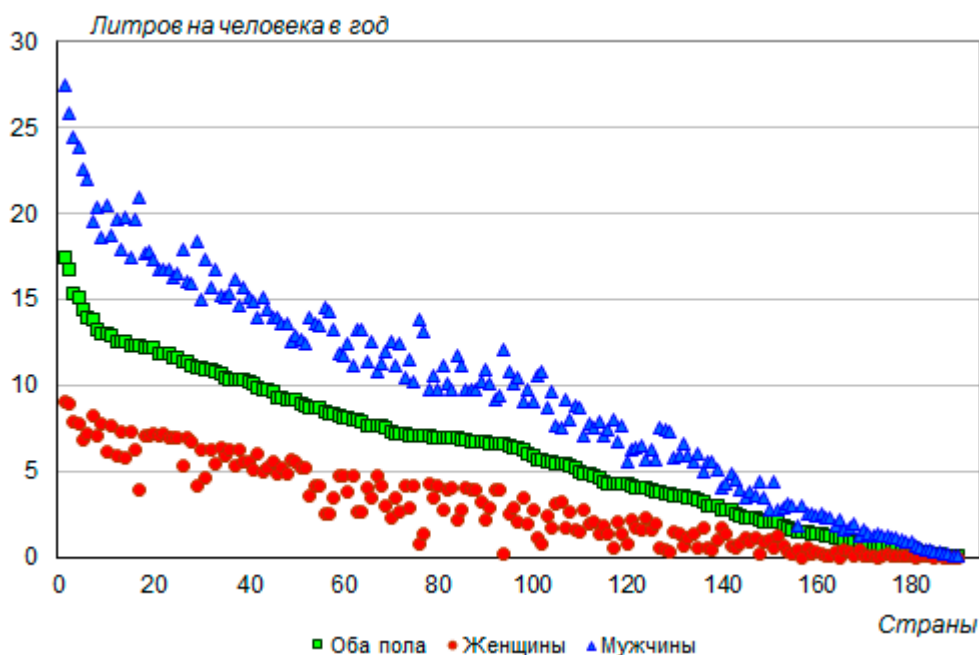


Рисунок 12. Общий объем потребления алкоголя по странам мира в среднем за 2008-2010 годы, литров чистого спирта на одного человека 15 лет и старше в год

Источник: GISAH. Total per capita (15+) consumption in litres of pure alcohol with 95%CI - http://apps.who.int/gho/athena/data/GHO/SA_0000001749?filter=COUNTRY:*;SEX:*&format=xml&profile=excel Date generated: 2015-11-19 20:55:17.0

Некоторая часть населения воздерживается от употребления спиртных напитков. По оценкам ВОЗ за 2010 год, от употребления алкоголя в течение последних 12 месяцев воздерживались около четверти мужчин 15 лет и старше в России (25,2%), Молдавии (26,9%), на Украине (26,5%) и вдвое меньше в Белоруссии (11,0). Доля женщин 15 лет и старше, воздерживавшихся от употребления спиртных напитков в течение последних 12 месяцев, составила от 29% в Белоруссии до 38% в России.

Если общий объем потребления алкоголя отнести только к населению, употреблявшему спиртные напитки в течение последних 12 месяцев, среднедушевое потребление алкоголя мужчинами 15 лет и старше, по оценкам за 2010 год, составит в Молдавии более 35 литров чистого спирта, в России - 32 литра, в Белоруссии - 31, на Украине - 30 литров. Среди женщин 15 лет и старше, употреблявших спиртные напитки в течение последних 12 месяцев, среднедушевой объем потребления алкоголя в 2010 году составил от 11,2 литра на Украине до 14,8 литра в Молдавии.

По сравнению с оценками среднедушевого потребления алкоголя по данным за 2003-2005 годы общий объем потребления алкоголя увеличился в Белоруссии, Молдавии и на Украине, а в России остался примерно на том же уровне. Однако важно при этом отметить, что во всех странах, кроме Молдавии, снизился объем неучтенного потребления спиртных напитков и, напротив, возрос объем потребления учтенного алкоголя. В Молдавии, объем потребления неучтенного алкоголя остался

на том же уровне, но увеличился и объем потребления учтенного алкоголя. Доля потребления неучтенного алкоголя остается очень высокой (63% в 2008-2010 годы против 72% в 2003-2005 годы).

Стоит также отметить, что наивысшую оценку по степени рискованности моделей употребления алкоголя [21] – 5 - среди всех стран мира получили только Россия и Украина, а еще девять стран, включая Белоруссию, Молдавию и Казахстан из числа бывших республик СССР и стран Европейского региона ВОЗ, получили оценку 4 (очень рискованные модели потребления алкоголя).

Однако по распространенности эпизодов употребления алкоголя в больших количествах эти страны отнюдь не лидируют, хотя и входят в первые четыре десятка стран (рис. 13). По доле населения 15 лет и старше, у которых имелись эпизоды употребления алкоголя в больших количествах (60 грамм чистого спирта и более) в течение последних 30 дней, по оценкам за 2010 год, лидировала Австрия (38,5%), за которой следовали Литва, Чехия, Ирландия и Финляндия (36-37%%). В этом ранжированном ряду Молдавия занимала 8-е место (32,2%), Белоруссия - 14-е (26,5%), Украина – 24-е (23,2%), Россия – 32-е место (19,3%, выделено крупным значком на рис. 13).

Среди мужчин распространенность употребления алкоголя в больших количествах заметно выше. Самые высокие значения показателя отмечают в Чехии (54,5%), Ирландии, Финляндии и Австрии (около 54%). В этом ряду Молдавия занимает 7-е место (49,1%), Белоруссия – 9-е (47,6%), Украина – 27-е (35,6%), Россия – 35-е (29,6%).

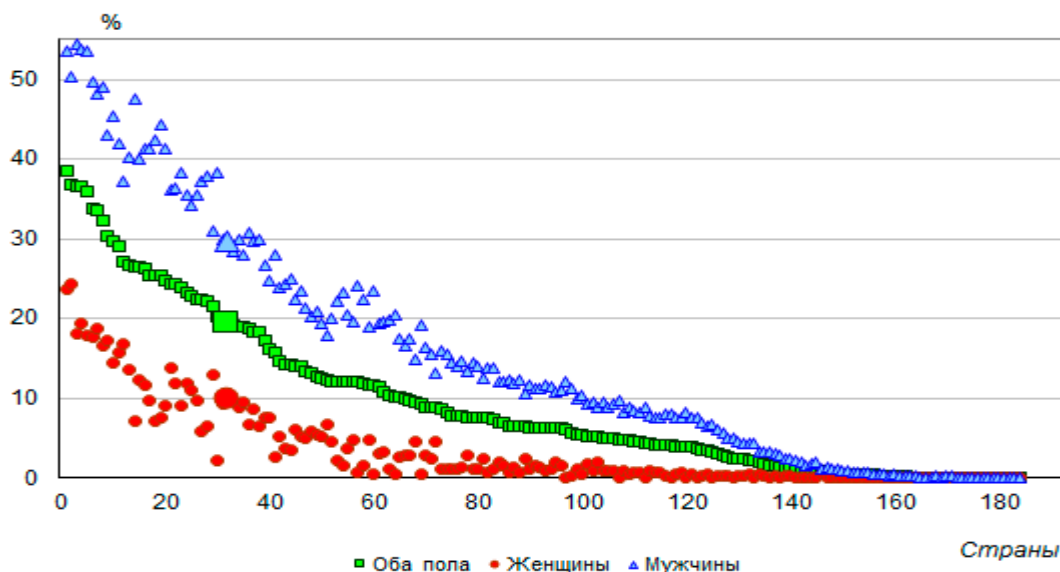


Рисунок 13. Доля населения, имевших эпизоды употребления алкоголя в больших количествах за последние 30 дней, по странам мира, 2010 год, % населения 15 лет и старше соответствующего пола

Источник: GISAH. Age-standardized heavy episodic drinking (population) past 30 days with 95%CI - http://apps.who.int/gho/athena/data/GHO/SA_0000001739?filter=COUNTRY:*;SEX:*&format=xml&profile=excel Date generated: 2015-11-19 17:00:01.0

Свидетельство
о регистрации СМИ
Эл № ФС77-39707
от 07.05.2010 г.
ISSN 1726-2887

Для цитирования: Щербакова Е.М. Алкоголь: потребление, последствия, глобальная стратегия сокращения вредного употребления / Демоскоп Weekly. 2015. № 665-666.
URL: <http://demoscope.ru/weekly/2015/0665/barometer665.pdf>

По заболеваемости расстройствами, связанными с употреблением алкоголя [22], по оценкам ВОЗ, особенно выделяются Венгрия (19,3%), Россия (18,2%) и Белоруссия (17,5%). В остальных странах мира стандартизованный коэффициент заболеваемости населения 15 лет и старше такими расстройствами составляет менее 13% (рис. 14). Молдавия, как ни странно, в этом ряду занимает лишь 80-е место (5,3%), а Украина – 83-е (5,2%).

По заболеваемости мужчин расстройствами, связанными с употреблением алкоголя, тройка «лидеров» та же – Венгрия (32,2%), Россия (30,8%) и Белоруссия (29,8%), сильно оторвавшихся от остальных стран мира, в которых значение показателя в основном не превышает 10% (в 166 из 190 стран, по которым в базе данных GISAH имеются оценки ВОЗ). Украина в ряду стран, ранжированных по заболеваемости мужчин расстройствами, связанными с употреблением алкоголя, занимает 32-е место (9,5%), Молдавия – 51-е (8,8%).

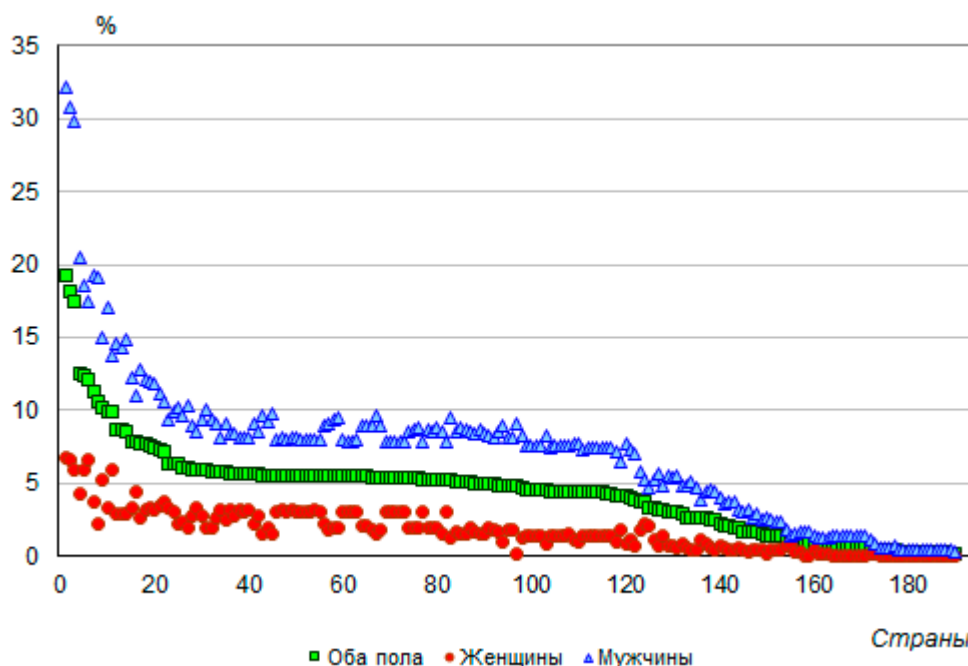


Рисунок 14. Заболеваемость расстройствами, связанными с употреблением алкоголя, по странам мира, 2010 год, стандартизованная по возрасту доля населения 15 лет и старше соответствующего пола, %

Источник: GISAH. Age-standardized Alcohol use disorders (15+), 12 month prevalence (%) with 95%CI - http://apps.who.int/gho/athena/data/GHO/SA_0000001753?filter=COUNTRY:*;SEX:*&format=xml&profile=excel Date generated: 2015-11-19 18:44:30.0

По оценкам заболеваемости алкогольной зависимостью также со значительным отрывом от остальных стран лидируют Белоруссия (11,0%), Венгрия (9,4%) и Россия (9,3%). Еще в 5 странах – Словении, Норвегии, Великобритании, Словакии и Эстонии - коэффициент заболеваемости алкогольной зависимостью составляет 5-6% населения 15 лет и старше, в остальных не достигает 5%.

Свидетельство
о регистрации СМИ
Эл № ФС77-39707
от 07.05.2010 г.
ISSN 1726-2887

Для цитирования: Щербакова Е.М. Алкоголь: потребление, последствия, глобальная стратегия сокращения вредного употребления / Демоскоп Weekly. 2015. № 665-666.
URL: <http://demoscope.ru/weekly/2015/0665/barometer665.pdf>

По распространенности алкогольной зависимости среди мужчин 15 лет и старше, по оценкам ВОЗ, особенно выделяется Белоруссия (19,6%), несколько ниже значение показателя в Венгрии и России (16,5%). В Словении, Словакии, Эстонии, Норвегии, Литве и Великобритании заболеваемость алкогольной зависимостью мужчин 15 лет и старше составляет около 9-10%, а в остальных странах ниже 8%. В этом ряду стран Молдавия занимает 35-е место (5,5%), а Украина – 114-е (4,2%).

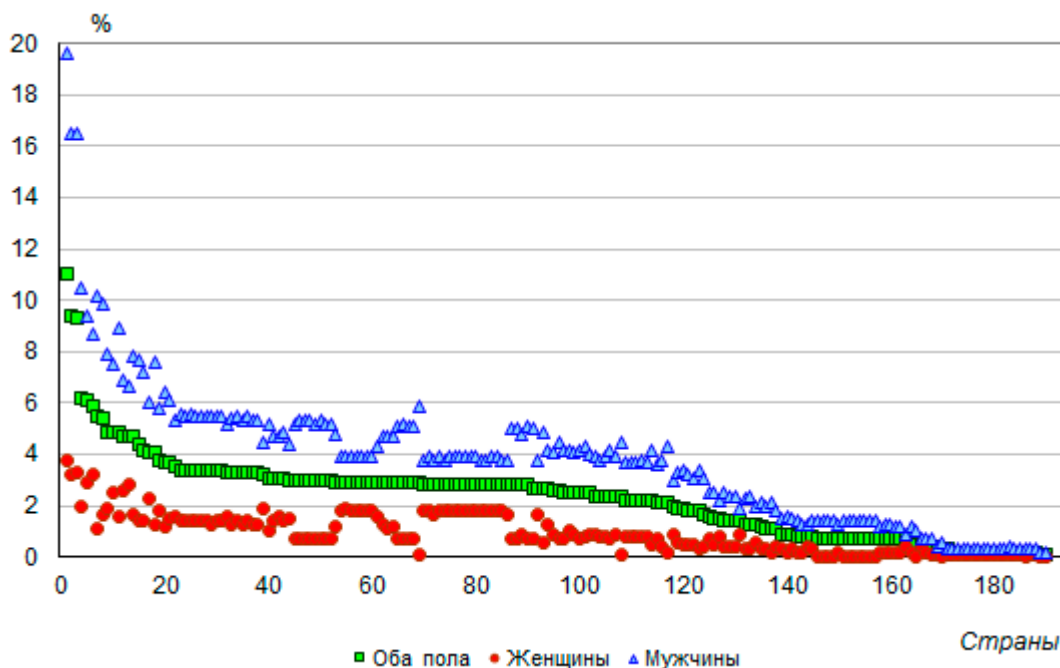


Рисунок 15. Заболеваемость алкогольной зависимостью по странам мира, 2010 год, % населения 15 лет и старше соответствующего пола

Источник: GISAH. Alcohol dependence (15+), 12 month prevalence (%) with 95%CI - http://apps.who.int/gho/athena/data/GHO/SA_0000001461?filter=COUNTRY:*;SEX:*&format=xml&profile=excel Date generated: 2015-11-19 18:57:02.0

Однако по доле смертей, связанных с употреблением алкоголя, все четыре страны Восточной Европы, выделенные в таблице 5, входят в пятерку стран с наивысшими значениями показателя, которые превышают 30% от общего числа умерших (рис. 16). В Белоруссии эта доля составляет 34,7%, на Украине – 34,4%, в Молдавии – 33,1%, в Литве – 30,9%, в России – 30,5%. Во всех остальных странах мира она не достигает 25%, а если исключить Эстонию (24,4%) и Латвию (21,4%), то 11% умерших от всех причин.

По доле смертей, связанных с употреблением алкоголя, у мужчин выделяется Украина (43,9%), Белоруссия (41,8%), Молдавия (41,5%), Россия (37,0%) и Литва (36,1%). В Латвии и Эстонии значения показателя несколько ниже (28,9% и 23,5%, соответственно), в остальных странах мира ниже 17%.

Стоит отметить, что и у женщин доля смертей, связанных с употреблением алкоголя, чрезвычайно высока в Белоруссии (28,1%), Литве, Молдавии, России и на Украине (около 25%). В Латвии и Эстонии она несколько ниже 20%, а в остальных странах мира не достигает 6%.

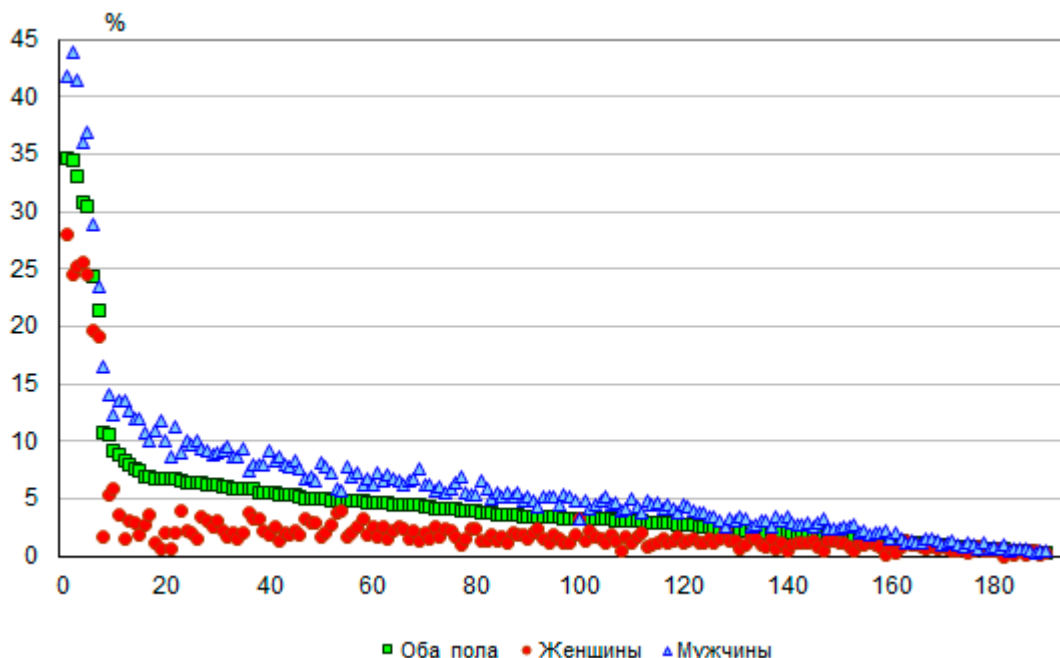


Рисунок 16. Доля смертей, связанных с употреблением алкоголя, по странам мира, 2010 год, % смертей от всех причин смерти

Источник: GISAH. Alcohol attributable fractions, all causes deaths (%) - http://apps.who.int/gho/athena/data/GHO/SA_0000001743?filter=COUNTRY:*;SEX:*&format=xml&profile=excel Date generated: 2015-11-19 22:00:40.0

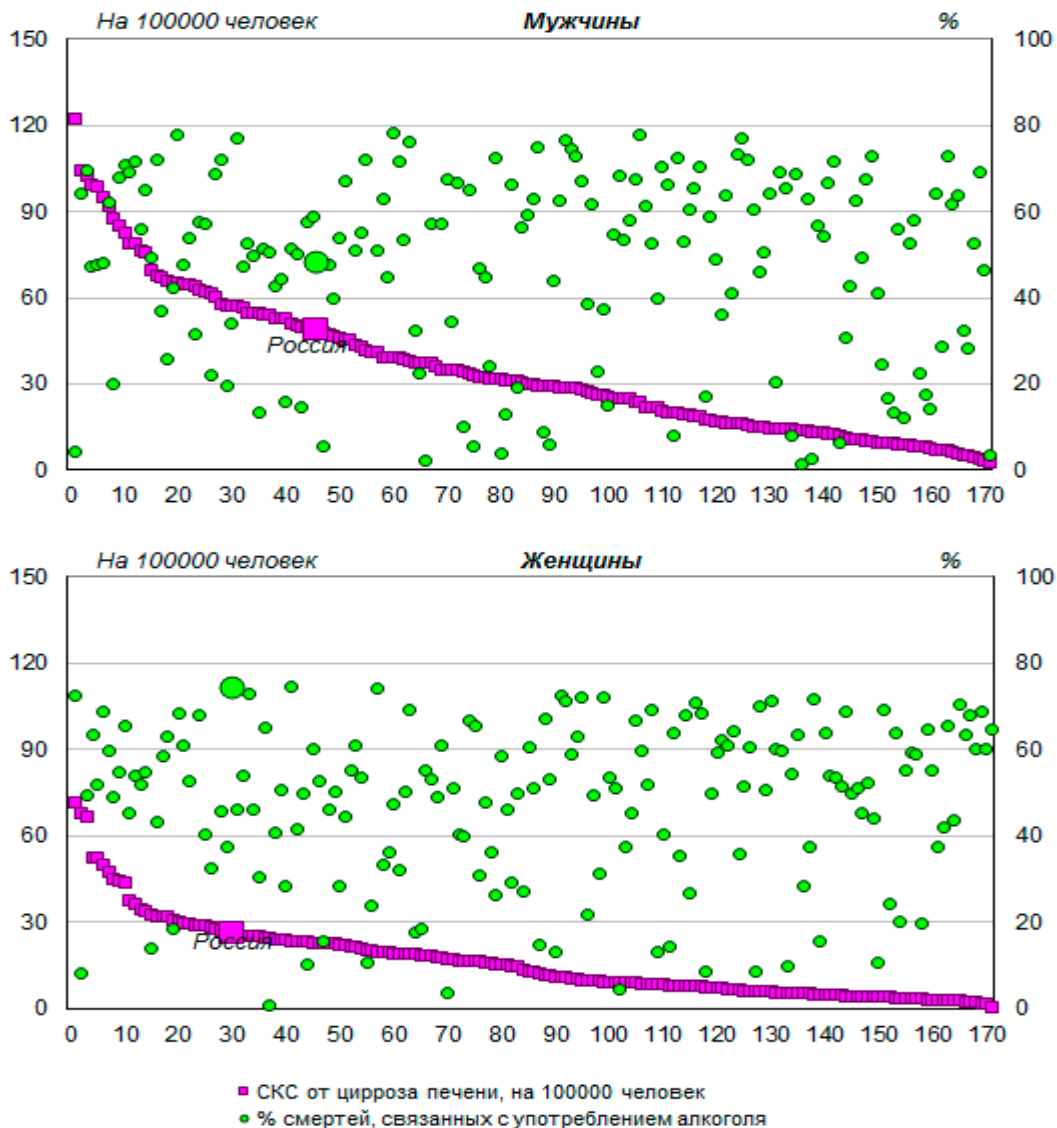
По уровню смертности от цирроза печени, которая является важным индикатором смертности, связанной с употреблением алкоголя, картина не так однозначна, поскольку во многих развивающихся странах большой вклад в смертность от цирроза вносят инфекционные заболевания, а уровень здравоохранения ниже.

По оценкам ВОЗ за 2012 год, наивысшие показатели смертности мужчин 15 лет и старше от цирроза печени наблюдались в Египте (122 на 100 тысяч человек), несколько ниже в Гайане (104) и Сьерра-Леоне (103), за ними следовали Киргизия и Молдавия (около 99) (рис. 17-18). В этом ранжированном ряду стран Украина занимала 32-е место (56,7), Россия - 46-е место (48,7), а Белоруссия - 53-е место (43,8).

По уровню смертности женщин 15 лет и старше от цирроза печени на первом месте оказалась Молдавия (71,9 на 100 тысяч человек), Россия - на 30-м (26,1), Белоруссия - на 33-м (25,5), а Украина - на 41-м (23,7), причем во всех четырех странах она почти на три четверти была связана с употреблением алкоголя.

Свидетельство
о регистрации СМИ
Эл № ФС77-39707
от 07.05.2010 г.
ISSN 1726-2887

Для цитирования: Щербакова Е.М. Алкоголь: потребление, последствия, глобальная стратегия сокращения вредного употребления / Демоскоп Weekly. 2015. № 665-666.
URL: <http://demoscope.ru/weekly/2015/0665/barometer665.pdf>



Рисунки 17-18. Стандартизированные коэффициенты смертности (СКС) от цирроза печени и доля смертей от цирроза печени, связанных с употреблением алкоголя, по полу и странам мира, 2010 год

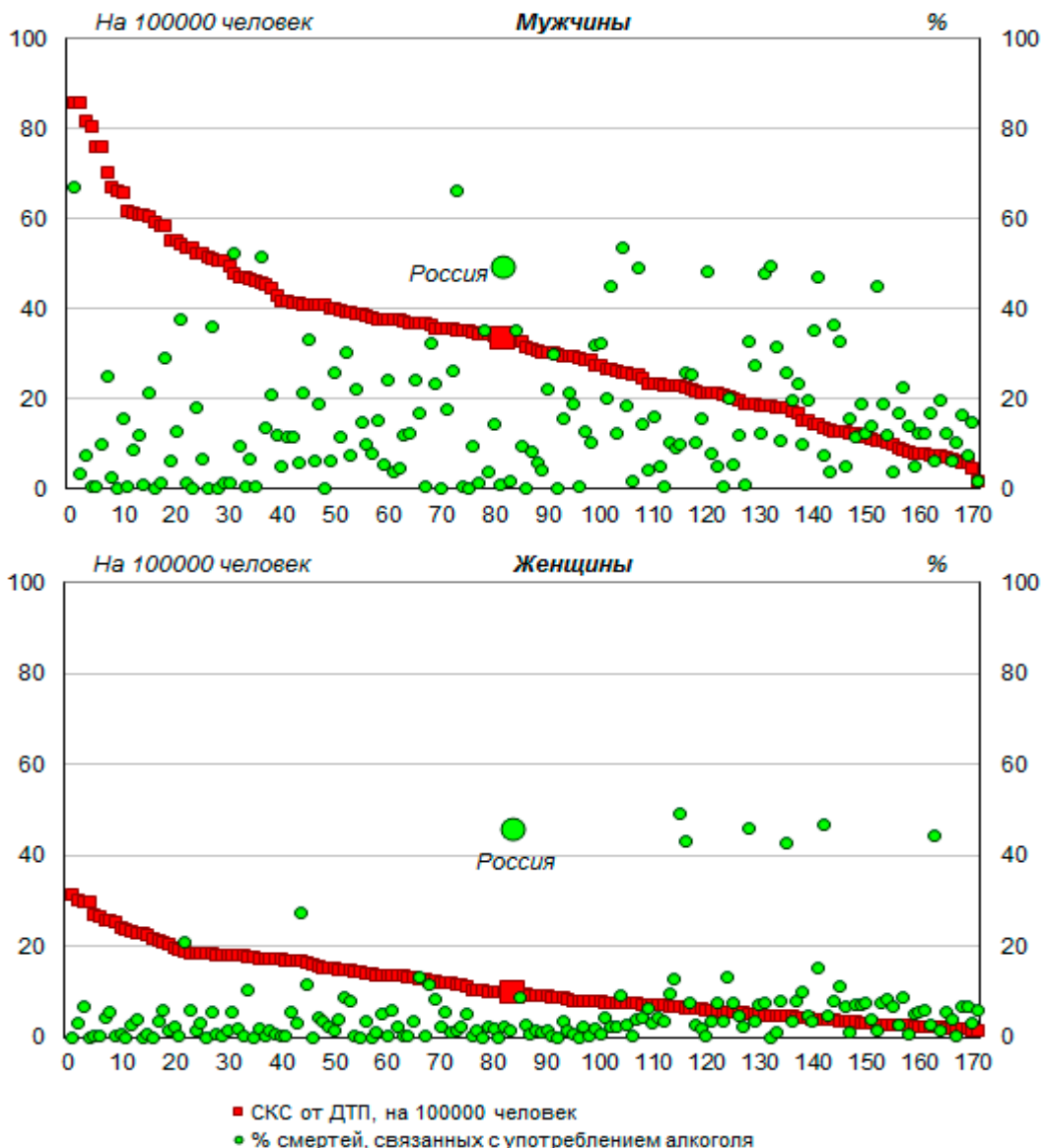
Источник: GISAH. Age-standardized death rates (15+ years), liver cirrhosis, per 100,000 - http://apps.who.int/gho/athena/data/GHO/SA_0000001457?filter=COUNTRY:*;SEX:*&format=xml&profile=excel Date generated: 2015-12-02 13:00:02.0; Alcohol attributable fractions, liver cirrhosis deaths (%) - http://apps.who.int/gho/athena/data/GHO/SA_0000001741?filter=COUNTRY:*;SEX:*&format=xml&profile=excel Date generated: 2015-12-03 23:37:09.0

Свидетельство
о регистрации СМИ
Эл № ФС77-39707
от 07.05.2010 г.
ISSN 1726-2887

Для цитирования: Щербакова Е.М. Алкоголь: потребление, последствия, глобальная стратегия сокращения вредного употребления / Демоскоп Weekly. 2015. № 665-666. URL: <http://demoscope.ru/weekly/2015/0665/barometer665.pdf>

По уровню смертности от дорожно-транспортных происшествий рассматриваемые страны Восточной Европы находятся, скорее, в середине и во второй половине ранжированного ряда стран (рис. 19-20). Самые высокие значения смертности мужчин 15 лет и старше в результате дорожно-транспортных происшествий отмечались, по оценкам за 2012 год, в Венесуэле и Иране (около 86 умерших на 100 тысяч человек). Россия занимала 82-е место (33,2), Белоруссия – 104-е место (25,9), Молдавия – 107-е место (25,4), а Украина – 120-е место (21,5) из 171 стран, по которым в базе данных ВОЗ имеются оценки. Однако при ранжировании по доле смертей от ДТП, связанных с употреблением алкоголя, они все оказываются в первой десятке стран: Белоруссия - на 3-м месте (53,5%) после Венесуэлы (67%) и Намибии (66%), Россия - на 7-м месте (49,2%), Молдавия – на 8-м (49,1%), Украина – на 9-м месте (48,2%).

Аналогичная картина наблюдается и по смертности женщин в результате ДТП. Наиболее высокие значения стандартизованного коэффициента смертности женщин 15 лет и старше от ДТП отмечались в Сенегале (31,3 на 100 тысяч человек), Буркина-Фасо, Танзании и Ираке (около 30 на 100 тысяч). Россия располагалась на 84-м месте (9,6 на 100 тысяч человек), Белоруссия – на 115-м месте (6,5), Молдавия – на 116-м месте (6,3), Украина - на 128-м месте (5,1 на 100 тысяч человек). А по доле смертей от ДТП, связанных с употреблением алкоголя, Белоруссия оказывалась на первом месте (49,3%), Украина – на третьем (45,8%), Россия – на четвертом (45,3%), Молдавия – на шестом (43,2). Второе и пятое место занимали, соответственно, Литва (46,7%) и Эстония (44,3%), а близко к ним - на седьмом месте – Латвия (42,7%). В большинстве остальных стран доля смертности, связанной с употреблением алкоголя, в смертности женщин 15 лет и старше от ДТП не превышала 13%.



Рисунки 19-20. Стандартизованные коэффициенты смертности (СКС) от дорожно-транспортных происшествий (ДТП) и доля смертей от ДТП, связанных с употреблением алкоголя, по полу и странам мира, 2010 год

Источник: GISAH. Age-standardized death rates (15+ years), road traffic accidents, per 100,000 - http://apps.who.int/gho/athena/data/GHO/SA_0000001459?filter=COUNTRY:*;SEX:*&format=xml&profile=excel Date generated: 2015-11-21 21:36:34.0; Alcohol attributable fractions, road traffic accident deaths (%) - http://apps.who.int/gho/athena/data/GHO/SA_0000001742?filter=COUNTRY:*;SEX:*&format=xml&profile=excel Date generated: 2015-12-06 11:34:39.0

Свидетельство
о регистрации СМИ
Эл № ФС77-39707
от 07.05.2010 г.
ISSN 1726-2887

Для цитирования: Щербакова Е.М. Алкоголь: потребление, последствия, глобальная стратегия сокращения вредного употребления / Демоскоп Weekly. 2015. № 665-666.
URL: <http://demoscope.ru/weekly/2015/0665/barometer665.pdf>

**Политика сокращения вредного употребления алкоголя
проводится в 39% стран**

Масштабы проблем в области здравоохранения, безопасности и социально-экономического развития, которые обусловлены вредным употреблением алкоголя, вполне реально уменьшить. Как показывает опыт многих стран, к основным действенным и экономически эффективным стратегиям сокращения вредного употребления алкоголя можно отнести следующие:

- регулирование рынка алкогольных напитков (особенно в отношении молодых людей);
- регулирование и ограничение доступа к алкоголю;
- введение в действие мер в отношении управления транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения;
- снижение спроса на алкогольные напитки с помощью механизмов налогообложения и ценообразования;
- повышение информированности относительно проблем общественного здоровья, связанных с вредным употреблением алкоголя, и поддержка эффективной алкогольной политики;
- обеспечение доступного, в том числе по цене, лечения людей с расстройствами, связанными с употреблением алкоголя;
- осуществление программ скрининга и мер краткосрочного вмешательства в отношении опасного и вредного употребления алкоголя в службах здравоохранения.

В ходе Глобального обследования по проблемам потребления алкоголя и здоровья 2012 года задавался вопрос о наличии национальной политики в отношении алкоголя, закреплённой документально в виде отдельной, специальной политики либо как часть национальной политики в отношении общественного здоровья. Ответы были получены из 169 стран, в том числе 66 утвердительных (рис. 21). Это означает, что в 39% стран, ответивших на данный вопрос, политика в отношении алкоголя прописана, так или иначе, в нормативно-законодательных документах. Доля таких стран заметно различается по регионам ВОЗ, составляя от 20% в Африканском регионе до 64% в Европейском регионе. Высокая доля положительных ответов, кроме европейских стран, получена от стран Восточно-Средиземноморского региона (50%), хотя большая часть стран региона (15 из 21) на этот вопрос не отвечала, поскольку потребление алкоголя запрещено во многих из них. В остальных регионах ВОЗ доля стран, в которых политика в отношении алкоголя закреплена документально, заметно ниже: 36% из 22 стран Западно-Тихоокеанского региона (5 стран не дали никакого ответа на этот вопрос), 29% из 34 стран Американского региона (1), 22% из 9 стран региона Юго-Восточной Азии (2).

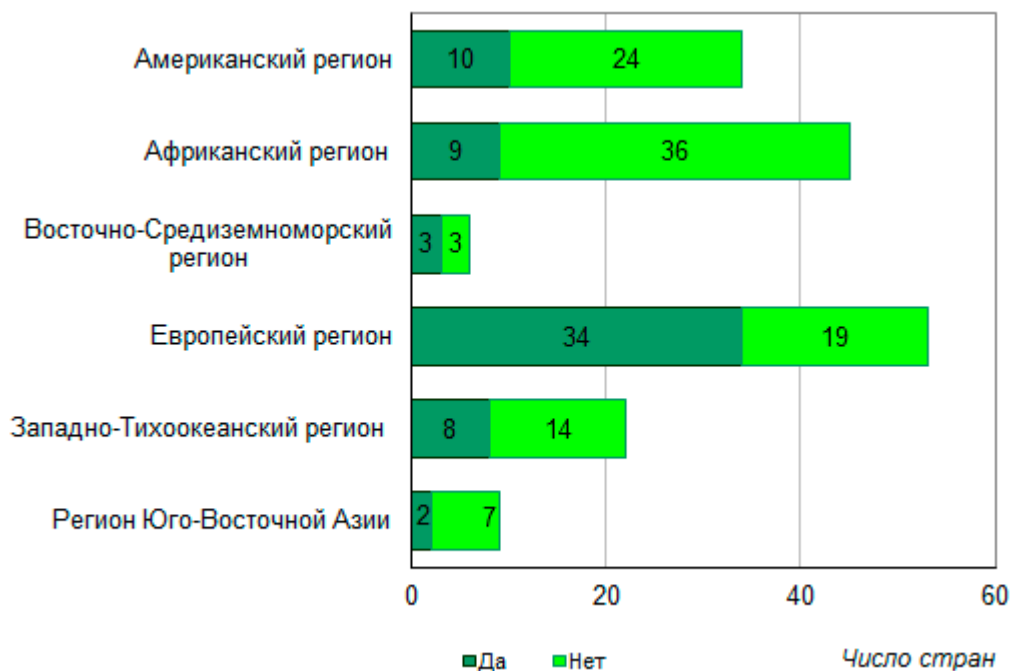


Рисунок 21. Число стран, ответивших на вопрос о наличии документально закреплённой политики в отношении алкоголя (169), по регионам ВОЗ, 2012 год

Источник: World Health Organization (2014). Global status report on alcohol and health 2014. P. 62.

В 30 из 66 стран политика в отношении алкоголя была принята национальными правительствами, в 18 – национальными парламентами, в 13 – министерствами, в 5 – другими национальными органами управления. В большинстве стран (в 51) национальная политика в отношении алкоголя интегрирована в национальную политику, направленную против злоупотребления психоактивными веществами. 62 страны описали национальную политику против злоупотребления алкоголем как межведомственную, чаще всего включающую в сферу действия здравоохранение, транспорт и дорожную безопасность, образование и правовое регулирование. Ответственность за координацию усилий при этом чаще всего возлагается на систему здравоохранения (в 44 странах).

Еще одним индикатором осознания проблем вредного употребления алкоголя служил вопрос о том, возросла ли за последние три года активность по информированию о вреде алкоголя в разных сферах общественной жизни: при управлении транспортными средствами в состоянии опьянения; о влиянии алкоголя на здоровье; о вреде употребления алкоголя молодыми людьми; во время беременности; на рабочем месте; о социальных издержках вредного употребления алкоголя; проблемах, связанных с нелегальным алкоголем и с потреблением алкоголя коренными народами. В целом, на эти вопросы страны чаще давали положительные ответы, чем о наличии сформированной политики в отношении алкоголя. В 138 из 169 стран такая деятельность в последние три года осуществлялась хотя бы по одному направлению. Чаще всего речь шла об управлении транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения (128 из 161 страны).

Принятие мер по борьбе с управлением транспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения снижает риск вреда не только для водителя, но и для пассажиров, пешеходов и других водителей. Его вероятность заметно повышается при уровне концентрации алкоголя в крови водителя более 0,4‰.

Установление предельно допустимой концентрации алкоголя в крови для водителей и усиление контроля за соблюдением этой нормы с помощью пунктов контроля трезвости и выборочной проверки на наличие паров алкоголя в выдыхаемом воздухе может снизить число дорожно-транспортных происшествий на 20%.

Данные о предельно допустимой концентрации алкоголя в крови водителей были получены из 177 стран. Чаще всего она составляет 0,5-0,7‰ (в 61 стране) или 0,8-1,5‰ (в 46 странах). 18 стран сообщили, что у них нет никаких ограничений на допустимую концентрацию алкоголя в крови водителей, а 25 стран сообщили, напротив, о нулевом уровне алкоголя в крови как норме для водителей (рис. 22).

Допустимая концентрация алкоголя в крови для молодых водителей (новичков с незначительным опытом вождения) и коммерческих (профессиональных) водителей также чаще всего устанавливается на уровне 0,5‰ и выше. Тем не менее, стран, в которых эта норма для данных категорий водителей ниже, чем для населения в целом, больше.

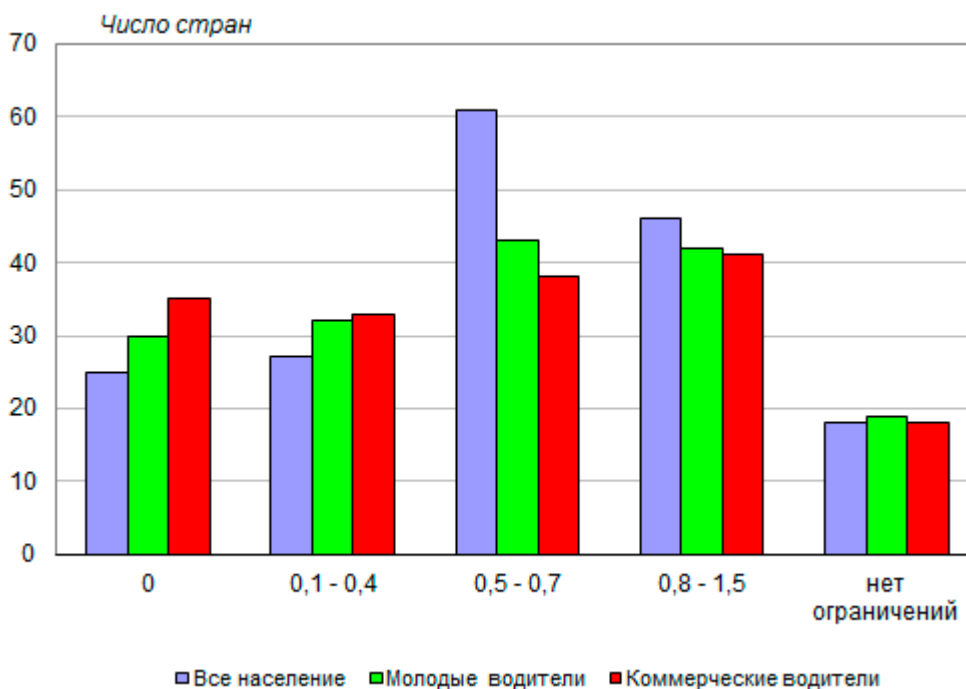


Рисунок 22. Допустимая концентрация алкоголя в крови (‰) для всего населения, молодых и коммерческих водителей в странах мира (177), 2012 год, число стран

Источник: World Health Organization (2014). Global status report on alcohol and health 2014. P. 68.

Снижение предельно допустимого уровня алкоголя в крови помогает превратить в культурную норму простую мысль: пить и садиться за руль нельзя. Однако эта мера будет эффективной лишь в сочетании с другими мерами. Наилучшим методом контроля, как показал опыт многих стран, являются неожиданные выборочные проверки водителей на наличие паров алкоголя в выдыхаемом воздухе, что заставляет людей, склонных к вождению в нетрезвом виде, опасаться быть “пойманными”; на втором месте по эффективности – устройство пунктов контроля трезвости. Кроме того, правоприменительные меры должны сопровождаться кампаниями по информированию и просвещению населения, чтобы люди знали о рисках вождения в нетрезвом виде и последствиях нарушения правила предельно допустимой концентрации алкоголя в крови. Более эффективными показали себя меры контроля, подкрепленные немедленным наказанием (прямо на месте взимается штраф, на водительском удостоверении делается отметка о штрафных баллах и, если это оправдано, водительское удостоверение временно изымается). Дополнительные меры могут включать другие персональные санкции по решению суда и установку на определенное время алкогольного блокиратора на замке зажигания. Индикаторы алкоголя с блокированием зажигания могут также использоваться в качестве превентивной меры, главным образом, в отношении профессиональных водителей.

В ходе Глобального обследования по проблемам потребления алкоголя и здоровья 2012 года задавался вопрос о том, в какой степени выполняется политика в отношении допустимой концентрации алкоголя в крови водителей. Ответы предлагалось давать по 10-балльной шкале от 0 (не выполняется) до 10 (в полной мере выполняется). Средняя оценка по ответам, полученным из 146 стран, составила 5,8 (рис. 23). Это означает, что по этому направлению еще предстоит многое сделать.

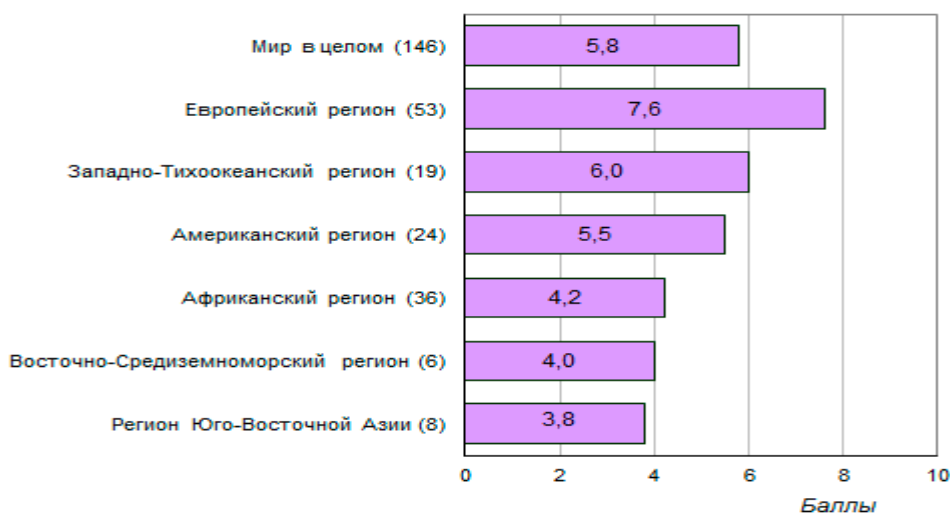


Рисунок 23. Средняя оценка соблюдения нормы допустимой концентрации алкоголя в крови водителей по странам мира (в скобках указано число стран, давших оценку), 2012 год, по 10-балльной шкале

Источник: World Health Organization (2014). Global status report on alcohol and health 2014. P. 70.

Важным и достаточно эффективным направлением стратегии сокращения вредного употребления алкоголя является регулирование доступности алкоголя. Оно включает в себя лицензирование (или государственную монополию) производства и продажи спиртных напитков, регулирование числа и местоположения мест продажи алкоголя, дней недели и часов, в которые разрешена розничная продажа спиртного, возможности употребления алкоголя в общественных местах, а также ограничение возраста, начиная с которого разрешена покупка алкогольных напитков.

Введение законодательно установленного возраста, начиная с которого разрешена покупка спиртных напитков показало свою эффективность в сокращении потребления алкоголя молодежью во многих странах, причем она выше при более высоких возрастных цензах.

В ходе Глобального обследования по проблемам потребления алкоголя и здоровья 2012 года 15 стран отметили, что у них нет возрастных ограничений на продажу пива в заведениях, где продаются алкогольные напитки, а 16 стран отметили отсутствие таких ограничений на продажу вина и крепких напитков (рис. 24). Что касается продажи спиртных напитков на вынос, то никаких ограничений на возраст нет в 21 из 166 стран, которые предоставили информацию по этому вопросу.

В странах, где минимальный возраст, начиная с которого покупка алкогольных напитков разрешена, регулируется законодательно, он составляет от 10 до 25 лет, но чаще всего составляет 18 лет (в 115 странах хотя бы по одному типу спиртных напитков на вынос или в питейных заведениях). В 15 странах возрастной ценз для покупки алкоголя составляет 16 лет, в 7 странах – 20 лет, в 14 странах – 21 год.

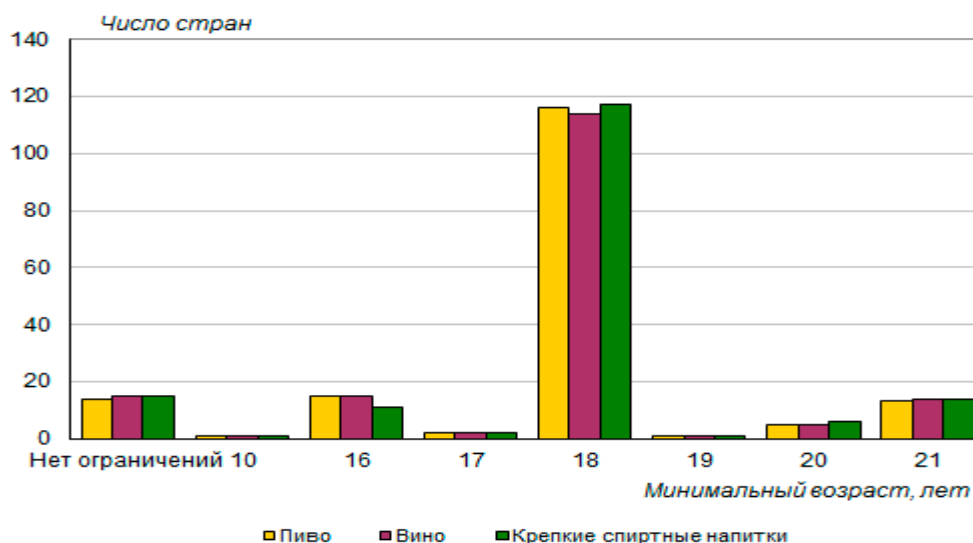


Рисунок 24. Минимальный возраст, начиная с которого разрешено покупать спиртные напитки, по странам мира (167), 2012 год, число стран

Источник: GISAH. Age limits on-premise service - http://apps.who.int/gho/athena/data/GHO/SA_0000001518,SA_0000001699?filter=COUNTRY:*;ALCOHOLTYPE:*;REGION:*&format=xml&profile=excel Date generated: 2015-12-06 02:36:39.0

Свидетельство
о регистрации СМИ
Эл № ФС77-39707
от 07.05.2010 г.
ISSN 1726-2887

Для цитирования: Щербакова Е.М. Алкоголь: потребление, последствия, глобальная стратегия сокращения вредного употребления / Демоскоп Weekly. 2015. № 665-666. URL: <http://demoscope.ru/weekly/2015/0665/barometer665.pdf>

Помимо возраста во многих странах регулируется употребление спиртных напитков в некоторых общественных местах. Так, на ограничения употребления алкоголя в образовательных учреждениях указали 129 стран, в учреждениях здравоохранения - 119, местах отдыха - 59.

Особое значение во многих странах придается ограничению доступности алкоголя на заправочных станциях, чтобы снизить число нетрезвых водителей. Число стран, в которых запрещена продажа алкогольных напитков на заправочных станциях, в 2012 году увеличилась по сравнению с данными предыдущего обследования 2008 года. О запрете на продажу пива в 2012 году указала 61 страна (36,8%) против 46 (31,7%), о запрете на продажу вина – 64 (38,6%) против 46 (31,1%), о запрете на продажу крепких алкогольных напитков – 65 стран в 2012 году (39,2%) против 50 стран в 2008 году (34,3%).

Источники:

Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) -
Global Status Report on Alcohol and Health 2014 –
http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/

Употребление алкоголя / Информационный бюллетень N°349. Январь 2015 г. –
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/ru/>; <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/en/>

Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. –
http://www.who.int/substance_abuse/activities/gsrhua/en/

Глобальная стратегия сокращения вредного употребления алкоголя -
http://www.who.int/substance_abuse/activities/gsrhua/ru/

Global Information System on Alcohol and Health (GISAH) - <http://www.who.int/gho/alcohol/en/>

1] Алкогольный напиток - жидкость, содержащая этанол (этиловый спирт, обычно именуемый «алкоголем») и предназначенная для питья. В большинстве стран, имеющих юридическое понятие «алкогольный напиток», пороговое значение содержания в напитке этанола по объему установлено на уровне >0,5%, реже >1,0% и выше (в Чаде - >5,2%, в Белоруссии ->7,0%). Наиболее распространенными видами алкогольных напитков являются пиво, вино и крепкие алкогольные напитки.

2] Резолюция Шестьдесят третьей сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения (май 2010 г.) WHA63.13 Глобальная стратегия сокращения вредного употребления алкоголя.

3] Алкогольные напитки, произведенные чаще всего в домашних условиях в результате брожения и перегонки фруктов, зерна, овощей и тому подобного сырья, обычно в контексте местной культурной практики и традиций. Примерами алкогольных напитков, произведенных неорганизованным сектором, являются пиво из сорго, пальмовое вино и крепкие алкогольные напитки из сахарного тростника, зерна или другого сырья.

4] Жидкости, обычно содержащие этанол, но не предназначенные для употребления в качестве напитков, которые распиваются взамен алкогольных напитков с целью вызвать опьянение или другие последствия, связанные с употреблением алкоголя.

5] World Health Organization (1999). Global status report on alcohol. Geneva. -
http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/GlobalAlcohol_overview.pdf

6] World Health Organization (2001). Global Status Report: Alcohol and Young People -

http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/who_msd_msb_01.1.pdf

[7] World Health Organization (2004). Global Status Report on Alcohol 2004 -

http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_status_report_2004_overview.pdf

[8] World Health Organization (2004). Global Status Report: Alcohol Policy -

http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_status_report_2004_overview.pdf

[9] World Health Organization (2011). The global status report on alcohol and health 2011. Geneva (http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/)

[10] World Health Organization (2014). The global status report on alcohol and health 2014. Geneva (http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/)

[11] World Health Organization (2013). Global NCD Action plan 2013-2020. Geneva. - http://www.who.int/nmh/publications/ncd_action_plan2013.pdf?ua=1

[12] В шести регионах ВОЗ, в которые группируются 194 страны – члены ВОЗ для аналитических целей в зависимости от уровней смертности и заболеваемости.

К Американскому региону ВОЗ отнесены все страны Северной и Южной Америки и Карибского бассейна. В Европейский регион ВОЗ, помимо всех европейских стран, входят Турция, страны Закавказья (Азербайджан, Армения, Грузия) и Средней Азии (Казахстан, Киргизия, Таджикистан, Туркменистан, Узбекистан). В Восточно-Средиземноморский регион ВОЗ входят Афганистан, Бахрейн, Джибути, Египет, Ирак, Иран, Иордания, Йемен, Кувейт, Ливан, Ливия, Марокко, Оман, Пакистан, Катар, Саудовская Аравия, Сомали, Судан, Сирия, Тунис, ОАЭ, а в Африканский регион ВОЗ - все остальные африканские страны, кроме вошедших в Восточно-Средиземноморский регион. К Западно-Тихоокеанскому региону ВОЗ отнесены Австралия, Бруней, Вануату, Вьетнам, Камбоджа, Кирибати, Китай, Лаос, Малайзия, Маршалловы о-ва, Микронезия, Монголия, Науру, Ниуэ, Новая Зеландия, о-ва Кука, Палау, Папуа-Новая Гвинея, Самоа, Сингапур, Соломоновы о-ва, Таиланд, Тонга, Тувалу, Фиджи, Филиппины, Южная Корея, Япония. В регион Юго-Восточной Азии входят Бангладеш, Бутан, Мьянма, Шри-Ланка, Индия, Индонезия, КНДР, Мальдивские о-ва, Непал, Тимор-Лесте.

[13] Учетное потребление алкоголя фиксируется статистикой по данным о налогах на алкоголь и о продажах алкогольных напитков. Неучтенное потребление алкоголя включает потребление спиртных напитков, изготовленных в домашних условиях или неформальном секторе (законно или незаконно), доставленных контрабандой или приобретенных при трансграничных покупках, а также потребление суррогатного алкоголя, предназначенного для использования на производстве, в медицинских или иных целях.

[14] 6 стандартных доз, более полулитра вина или около 190 грамм крепких спиртных напитков.

[15] Ранее – в течение последней недели; ужесточение критерия позволяет лучше дифференцировать модели потребления алкоголя.

[16] Для распределения стран мира по уровню развития использовалась методика Всемирного банка «Атлас» на основании оценок Всемирного Банка валового национального дохода (ВНД) на душу населения за 2012 год по следующим диапазонам:

- низкий уровень дохода = не более 825 долларов США;
- низкий средний уровень дохода = от 826 до 3255 долларов США;
- высокий средний уровень дохода = от 3256 до 10065 долларов США
- высокий уровень дохода = от 10066 долларов США и более.

[17] World Health Organization . WHO Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) 10th revision. Geneva, 1992.

[18] Сокращение продолжительности здоровой жизни (Disability-adjusted life year – DALY) представляет собой сумму лет, потерянных из-за преждевременной смертности и ограниченной дееспособности и характеризует собой различия между текущим состоянием здоровья населения

Свидетельство
о регистрации СМИ
Эл № ФС77-39707
от 07.05.2010 г.
ISSN 1726-2887

Для цитирования: Щербакова Е.М. Алкоголь: потребление, последствия, глобальная стратегия сокращения вредного употребления / Демоскоп Weekly. 2015. № 665-666.
URL: <http://demoscope.ru/weekly/2015/0665/barometer665.pdf>

и идеальной ситуацией, при которой население той же половозрастной структуры в полной мере здорово.

[19] Диагностированные в данном году зависимость от алкоголя (код F10.2 Международной классификации болезней X пересмотра, МКБ-10) и пагубное употребление или злоупотребление алкоголем (код F10.1 МКБ-10).

[20] Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H (2012). A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 380:2224-60. doi:10.1016/S0140-6736(12)61766-8 [PMID: 23245609].

[21] Формируется по 5-балльной шкале (от 1, соответствующей наименее рискованной модели употребления алкоголя, до 5 - самой рискованной модели употребления алкоголя) на основе оценок следующих характеристик потребления спиртных напитков, используемых с разными весами:

- обычное количество употребляемого алкоголя за один раз;
- употребление алкоголя в праздники;
- доля эпизодов употребления алкоголя до опьянения;
- доля употребляющих спиртные напитки ежедневно или почти ежедневно;
- употребление алкоголя вместе с едой;
- употребление спиртных напитков в общественных местах.

Два атрибута модели употребления спиртных напитков снижают степень риска – почти ежедневное употребление алкоголя и употребление его вместе с едой.

[22] Зависимость от алкоголя (код F10.2 МКБ-10) и пагубное употребление алкоголя (код F10.1 МКБ-10).