

Парадоксы динамики смертности от алкогольных отравлений в Российской Федерации

ГУНДАРОВ И.А.

д.м.н., профессор, академик РАЕН, к.философ.н., рук. лаборатории системных исследований здоровья ГНИЦ профилактической медицины МЗ РФ, Москва

Изучена связь между динамикой алкогольных отравлений и потреблением алкоголя в России за последние 20 лет. Выявлено значительное расхождение амплитуд колебаний обеих траекторий, что свидетельствует о наличии дополнительных факторов, влияющих на устойчивость к алкогольному воздействию. Показана тесная связь между алкогольными отравлениями и психическим состоянием населения: агрессивностью (оцениваемой по уровню убийств) и безысходностью (оцениваемой по уровню самоубийств). Формируется представление о внутренних психосоматических механизмах, обеспечивающих вариабельность устойчивости организма к алкогольной интоксикации.

С начала 90-х годов уровень общей смертности в России увеличился в 1,5 раза (с 10,4 до 15,7 случаев на 1000 жителей), оставаясь высоким по настоящее время. В результате количество избыточно умерших превысило, по разным подсчетам, 5–7 млн чел. [5]. Что явилось причиной указанной сверхсмертности, которую западные ученые называют беспрецедентным событием в мировом здравоохранении конца XX века [37]? Без нахождения ее истоков трудно рассчитывать на успешные профилактические действия.

К числу ведущих причин российского демографического неблагополучия принято относить злоупотребление алкоголем. В материалах научных конференций настойчиво утверждается, что для России «алкоголь – главный виновник кризиса смертности в 90-е годы» [2]. Ему приписывается основная ответственность за рост сердечно-сосудистых заболеваний, травматизма, наряду с непосредственными потерями от алкогольных отравлений [19, 22, 35, 37]. В свою очередь, основой негативного влияния алкоголя считается избыточное количество или плохое качество потребляемых спиртных напитков [2, 19]. Такая физико-химическая концепция представляется единственной при объяснении динамики алкогольной смертности. Значение других обстоятельств: характер питания, психологическое состояние, социальная атмосфера – не рассматривается. Соответственно меры профилактики алкогольных аномалий сводятся к требованию улучшения качества и уменьшения количества выпиваемых вино-водочных изделий. Доказательством результативности подобных программ считается факт снижения смертности в России за годы антиалкогольной кампании начала «перестройки».

В то же время, непредвзятый анализ накопленных материалов по алкогольным отравлениям выявляет множество необъяснимых с классической позиции ситуаций, затрудняющих разработку эффективных оздоровительных мер. Целью настоящего исследования является поиск новых подходов, в дополнение к существующим, для объяснения парадоксальных явлений, связанных с динамикой смертности от алкогольных отравлений в России за последние 20 лет.

Известно, что определение истинного потребления спиртных напитков в населении представляет большие трудности, обусловленные наличием неучтенной в продаже алкогольной продукции. Поэтому материалом для настоящей работы послужили более точные показатели, полученные путем усреднения экспертных оценок, выработанных специалистами международного уровня [20, 21].

В качестве источника данных по смертности от алкогольных отравлений, самоубийств и убийств служили статистические материалы Госкомстата России [9]. Потреб-

ление продуктов питания оценивалось по материалам обследований репрезентативных выборок домашних хозяйств, проводимых Госкомстатом ежеквартально с помощью дневниковых записей [11, 25, 30]. Учитывались среднегодовые показатели.

По законам медицинской статистики, если коэффициент вариации признака меньше 10%, его вариабельность считается незначительной, а если больше 20% – значительной. Из представленных материалов [20, 21] следует, что с 1980 по 2001 г. подушное потребление алкоголя в России характеризовалось периодами снижения и подъема, амплитуда которых варьировала до 1,5 раз: от 10,5 до 15,2 л, с коэффициентом вариации 9,3%.

На этом фоне динамика смертельных отравлений алкоголем имела парадоксально более выраженную амплитуду колебаний, в 4,9 раза: от 7,8 до 37,8 случаев на 100 тыс. жителей [9]. Коэффициент вариации составил 42,6%.

Такое значительное расхождение между вариабельностью показателей потребления алкоголя и смертельных отравлений говорит о существовании каких-то дополнительных факторов, влияющих на динамику «алкогольной» смертности. Их действие отчетливо выявляется при рассмотрении отдельных периодов в течение последних 20 лет. Так, в 1980–83 гг. потребление вино-водочных изделий оставалось относительно стабильным, а частота отравлений снизилась на 12%. В 1984–87 гг. спад потребления составил 25%, тогда как число отравлений упало на 46%. В 1987–89 гг. потребление выросло на 12%, а отравления, наоборот, снизились на 2%. В целом за период 1980–88 гг. объем поглощенных спиртных напитков сократился на 17%, зато число смертельных отравлений снизилось на 64%. Общая смертность среди населения трудоспособных возрастов уменьшилась на 40%.

С 1988 по 1994 г. подушное потребление алкоголя увеличилось на 16%. В то же время алкогольные отравления выросли многократно больше – на 385%. Особенно поразительным представляется 1993 г. Продажа вино-водочных изделий тогда поднялась всего на 4,3%, тем неожиданнее оказался рост смертельных отравлений – на 75,6% и алкогольных психозов – на 141,4% [19]. Доля недоброкачественных спиртосодержащих продуктов в 1993 г. повысилась в абсолютном объеме с 12,4% до 25,6%. Даже если предположить, что эти 13,2% прироста были ядом, все равно несопоставимой оказывается разница между динамикой количества его потребления и величиной негативных последствий для здоровья.

В эти же годы наблюдался 2–3-кратный рост аварий и катастроф на всех видах производств, в том числе и тех, где употребление алкоголя находилось под контролем: аэрофлот, атомные электростанции, шахты и др. [34]. Даже в

относительно спокойных городах, как Санкт-Петербург, выросли в 2–3 раза случайные падения, утопления, механические удушения [24]. В Москве смертность младенцев от несчастных случаев, главной причиной которых являлась невнимательность матерей, выросла в 2–3 раза [18].

К 1994 г. потребление абсолютного алкоголя вернулось до исходных значений начала 80-х годов. В то же время общая смертность оказалась в 1,5 раза выше показателей того периода [9, 26]. Еще большее превышение отмечалось для алкогольных отравлений. Их уровень на 100 тыс. жителей в 1994 г. составил 37,8 случая, тогда как в 1984 г. было 19,6 случая [9, 20, 21]. И это при одном и том же количестве выпитого этанола. В подушевом выражении потребление спиртных напитков в 1994 г. составило, по материалам Госкомстата, 6,8 л в пересчете на чистый этанол. По данным международной статистики, значительно больше потребляли тогда жители Франции — 11,4 л, Португалии — 10,8 л, Германии — 10,3 л и т.д. [26, 27].

Проведение международных сравнений официальных данных имеет методическую погрешность, связанную с наличием неучтенной алкогольной продукции. При этом неверно думать, что корректировке должны подлежать лишь российские показатели. Неучтенная продукция существует во многих других странах мира. В Финляндии она оценивается в 15–20% к официальному учету, в Норвегии — 30–40%, во Франции — 50% [17]. Введение стандартизированной оценки для всех государств позволит избежать односторонних выводов. Например, анализируя ситуацию в России, нередко ссылаются на заключения экспертов ВОЗ, согласно которым потребление более 8 л на душу населения означает факт генетической деградации нации [28]. Такой тезис опровергается житейским «опытом» Франции, население которой в 1928–32 гг. выпивало на душу населения 20,6 л, а в 1948–50 гг. — 21,5 л, что многократно превышало потребление в Швеции — 3–4 л, США — 4–5 л, Великобритании — 5–6 л [13]. При этом различий в динамике генетической полноценности между перечисленными странами не наблюдается. Иногда делается ссылка на то, что российский способ питания (водочный — редко, но помногу) хуже, чем западный (винный — меньше за один раз, но зато каждый день). Однако научных доказательств преимущества одного способа перед другим, при одинаковом объеме общей спиртовой нагрузки, не существует.

Распространенная практика опираться на мнения экспертов, без доказательства валидности применяемых ими методов оценки, зачастую приводит к абсурдным заключениям. Например, высказываются данные о 60 млн хронических алкоголиков и пьяниц среди взрослого мужского населения России в 1989 г. [17]. И это при том, что общая численность лиц трудоспособного возраста и старше составляла тогда 50 млн чел.

Достаточно точные сведения о динамике потребления алкоголя можно получить при социологических опросах, определяющих долю расходов в семейном бюджете на покупку алкогольных напитков. С 1980 г. доля «алкогольных» денег в домашнем бюджете российских граждан снизилась в два с лишним раза и достигла к 2003 г. 2% [11, 25]. При международном сравнении в 1995 г. эта величина составила для России 3,4%, Ирландии 11,3%, Великобритании 6,1%, Финляндии 4,0%, Греции 3,8%, Швеции 2,7%, Германии 2,7% и т.д. [27]. Учитывая десятикратную разницу среднего заработка в странах Западной Европы и России, не приходится сомневаться в том, что мы — далеко не самая пьющая нация в мире. Такой вывод сохраняется правомерным и по настоящее время. Из материалов ООН следует, что в 2000 г. на одного жите-

ля старше 15 лет приходилось количество чистого этанола в России (в литрах) — 9,8, при том, что: в Молдове — 21,0; Люксембурге — 17,0; Ирландии — 16,6; Португалии — 16,6; Чешской республике 15,0; Франции — 13,3; Словении — 12,6; Германии — 12,3; Хорватии — 12,2; Австрии — 12,1; Швейцарии — 11,6; Дании — 11,4; Испании — 11,2; Финляндии — 9,8; Великобритании — 9,6; Бельгии — 9,6; Нидерландах — 9,3 и т.д. [33].

К числу заблуждений относится мнение, будто алкоголизм есть преимущественно болезнь бедных слоев населения и бедных стран. Как показали социологические обследования, проводимые ежеквартально Госкомстатом России на репрезентативной выборке около 50 тыс. домохозяйств, доля алкогольных денег в семейном бюджете среди самых бедных слоев населения (по децилям) составила в 2003 г. 1,3%, а среди наиболее богатых — 2,4% [11]. Учитывая, что величина семейного бюджета вторых многократно выше, чем у первых, правомерно полагать более высокую степень алкоголизации зажиточных граждан.

Что касается научных фактов о влиянии алкоголя на сердечно-сосудистую заболеваемость и общую смертность, то в условиях реально живущего населения эта зависимость представляется незначительной. Кроме нее действуют какие-то другие закономерности, в результате чего коэффициент детерминации между смертностью и объемом потребленного алкоголя в разных группах стран не превышает 10% [рассчитано по 16, 26, 31, 33]. Это означает, что свыше 90% различий смертности между странами обусловлено неалкогольными причинами. При сопоставлении государств с различной динамикой потребления спиртных напитков за 1990–94 гг., от увеличения на 90% в Китае до снижения на 15% в Канаде, не выявлено убедительных связей с динамикой общей смертности [5, 26]. Даже если сравнивать сугубо крепкие напитки и рассматривать их потребление в наиболее «яркие» годы, то и тогда не удается обнаружить значимых корреляций. Например, в 1980 г. количество выпитых в год крепких напитков на одного жителя составило в Польше, СССР, Канаде более 9 л, а в Англии, Австрии, Дании — около 4 л. Зато уровень смертности у первых оказался ниже, 10 на тысячу населения, против 12 во второй группе [31].

В Польше траектория потребления алкоголя за последние 50 лет претерпела значительные вариации: рост на 60% за 1947–1963 гг., рост на 220% за 1963–1979 гг., снижение на 70% за 1979–1982 гг., рост на 128% за 1985–1992 гг. [рассчитано по 52]. При этом траектория смертности в те же годы не реагировала на перечисленные зигзаги, подчиняясь действию каких-то иных закономерностей.

Известно, что в США в 1920 г. был введен «сухой» закон. Однако общая смертность, снижавшаяся с начала века, продолжала прежнюю динамику без изменения вектора [8, 29].

Более того, во многих исследованиях показан защитный эффект умеренных доз алкоголя при хроническом стрессе. Поэтому прогноз жизни ухудшается не только среди много пьющих, но и тех, кто совсем не пьет. В крупных отечественных исследованиях изучалась связь между потреблением алкоголя и смертностью на выборках из населения различных городов СССР [14, 15]. Обнаружено, что среди употребляющих умеренное количество алкоголя смертность была наименьшей. Она увеличивалась среди много пьющих на 15%, а среди непьющих — еще больше, на 110%. На этом основании проведены расчеты, из которых следует: если вдруг все мужчины России полностью откажутся от употребления спиртных напит-

ков, то общая смертность по стране увеличится на 8—10%, а смертность от сердечно-сосудистых заболеваний поднимется на 20—25%. Нелинейные зависимости между потреблением спиртных напитков и смертностью подтверждены в большинстве популяционных наблюдений [42, 43, 54]. Они воспроизводились как среди здоровых, так и больных, в том числе сердечными заболеваниями [45], диабетом [53], а также среди врачей [36].

Что касается коэффициента корреляции между смертностью от алкогольных отравлений и величиной потребленного алкоголя, то за период 1980—2001 гг. он составил в России 0,76. Такая величина означает, что коэффициент детерминации между обоими показателями равняется 58%. Остальные 42% варибельности алкогольных смертей зависели от влияния каких-то неизвестных факторов. Их действие проявилось в снижении устойчивости организма к алкоголю настолько, что люди стали умирать при концентрации спирта в крови значительно меньшей, чем это происходило в 80-х годах [3, 19].

Следующий интервал времени, 1994—1998 гг., выявил наличие благоприятного эффекта от неизвестного фактора, оказавшегося способным затормозить развитие алкогольной интоксикации. В течение этих четырех лет уровень алкогольных отравлений снизился на 53%, хотя потребление алкоголя уменьшилось всего на 8%. “Неалкогольная” причина улучшения здоровья доказывается тем, что одновременно снизилась смертность от большинства инфекционных заболеваний (туберкулеза, дизентерии, сальмонеллеза, гепатита и др.), включая венерические инфекции, и неинфекционных болезней (легочных, сердечно-сосудистых, эндокринных и др.). Снизилась в 2—3 раза случаи смертельных падений, утоплений, механических удушений, повреждений без уточнения [9, 24].

Улучшение демографической ситуации было настолько значительным, что официальная наука отказалась рассматривать его как реальное явление, поскольку экономическое положение продолжало ухудшаться, потребление алкоголя существенно не изменилось, система здравоохранения не стала эффективней. Однако сам факт от этого не перестал существовать, требуя научного объяснения.

Позитивная динамика здоровья была прервана шоком от дефолта 1998 г., после которого через полгода вновь выросла смертность от ведущих инфекционных и неинфекционных заболеваний, травматизма, алкогольных отравлений.

Раскрытию природы парадоксальных траекторий способствовало изучение многочисленных результатов психосоматических исследований, в которых показано значение нравственно-эмоционального состояния на устойчивость организма к патогенному влиянию внешней среды. Наличие депрессии ухудшает физическое и психическое здоровье [44], увеличивает смертность в 1,5—2,0 раза [40,49]. Безысходность, подавленность, бессмысленность жизни, тревожность приводят к угнетению иммунной и других систем организма, способствуя развитию сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний [39,50]. Наличие озлобленности, враждебности, цинизма, гневливости ведут к значительному сокращению продолжительности жизни [39]. Страх потерять работу и неуверенность в завтрашнем дне увеличивают заболеваемость и смертность [38, 41, 46]. Наоборот, социальный оптимизм, наличие смысла жизни, вера в свою способность контролировать ситуацию, доверие к другим и положительное отношение к себе, удовлетворенность жизнью оказывают положительное влияние на резерв здоровья, снижая риск опасных заболеваний [48, 51].

Для изучения в популяции влияния психологических факторов на смертность применяются два подхода. При

первом используются социологические опросы, измеряющие психологические показатели отдельных людей, которые затем суммируются для оценки населения в целом. При втором подходе психологическое состояние общества оценивается сразу в целом по совокупности тех поступков, через которые выражаются нравственно-эмоциональные состояния людей. Здесь единицей оценки служат регионы, города, страны, а в качестве измеряемых показателей — данные официальной статистики. Это, так называемый метод «экологических» исследований — ecological studies [47]. В настоящей работе для изучения причин общей смертности и алкогольных отравлений использован второй подход, где маркером безысходности служат самоубийства, маркером крайней агрессивности — убийства, маркером достаточности пищевого рациона — потребление продуктов питания и т.д.

Для оценки вклада агрессивности, безысходности, потребления алкоголя и продуктов питания в динамику смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) за 1992—1996 гг. на территории 12 стран СНГ было проведено экологическое исследование, с использованием многочисленных данных официальной статистики [7]. Не выявлено достоверных связей между изменением смертности от ССЗ и изменением уровня материального благосостояния, оцениваемого за те же годы по 16 показателям: промышленное производство, производство товаров легкой и пищевой промышленности, розничный товароборот, потребление продуктов питания и их компонентов (мяса, молока, яиц, хлеба, белков, алкоголя, животных жиров, калорийности), динамика жилищного строительства, изменение экологии и воздушной среды. Выявлены наиболее сильные связи с динамикой убийств ($r = 0,73$) и самоубийств ($r = 0,72$), которые косвенно характеризуют состояние агрессивности и безысходности в обществе. При пошаговой линейной регрессии из 16 перечисленных выше переменных в итоговую модель вошли убийства, самоубийства и потребление хлеба. Известно, что изменение структуры питания за счет роста потребления хлеба на фоне снижения более дорогих продуктов говорит об обнищании населения. В целом варибельность роста смертности от ССЗ среди стран СНГ на 87% определялась динамикой перечисленных трех показателей, из которых 71% пришлось на первые два.

Аналогичный метод использован для определения ведущих факторов риска алкогольных отравлений в России за 1980—2001 гг. Наиболее сильные прямые парциальные корреляции с алкогольными отравлениями выявлены для самоубийств и убийств ($r = 0,91$), подушевого потребления алкоголя ($r = 0,83$), а отрицательные корреляции с потреблением мясных продуктов ($r = -0,56$). Окончательная регрессионная модель, включавшая подушевое потребление алкоголя, потребление мясных продуктов (в пересчете на мясо, без субпродуктов II категории и жира сырца) и суммарную величину самоубийств и убийств, объясняла 87,4% варибельности динамики алкогольных отравлений. Из них на психологические характеристики пришлось до 80% коэффициента детерминации.

Относительно механизмов негативного влияния психического дискомфорта на соматический риск смерти показано, что чувство депрессии сопровождается снижением притока крови в ткани организма, ростом периферического сосудистого сопротивления за счет увеличения тонуса сосудов, уменьшением концентрации гемоглобина в крови, нарастанием скорости оседания эритроцитов [5]. Пациенты из семей с выраженной внутрисемейной тревогой и социальной усталостью имели сниженные уровни сердечного индекса и мозгового кровообращения, повышенные показатели периферического сосудистого сопротивления и тонуса мозговых артерий [12]. В состоянии де-

прессии отмечаются признаки дисфункции эндотелия артериальных сосудов [23]. По этому поводу известно, что уменьшение тканевого обмена и интенсивности кровообращения, с одной стороны, рост сосудистого тонуса и периферического сопротивления, с другой, сопровождаются увеличением риска ССЗ и преждевременной смерти [4]. В биохимическом аспекте негативное действие психической энергии реализуется через гормоны гипоталамуса, гипофиза, надпочечников и др. [32].

Духовное неблагополучие оказывает повреждающее влияние на организм не только непосредственно, но и косвенно, стимулируя другие механизмы риска: вредные привычки (курение, алкоголизм, наркомания), избыточный или недостаточный вес и др. Их распространенность значительно повышается в условиях безысходности, потери смысла жизни, агрессивности. Например, курильщики, как выявлено в популяционном исследовании, характеризуются более рискованным поведением: меньшей удовлетворенностью жизнью, более высоким уровнем депрессии, меньшим жизненным оптимизмом и т.п. [6]. Близкие черты, вероятно, преобладают и у лиц, злоупотребляющих алкоголем, что позволяет говорить о «сцепленных» с алкоголизмом факторах риска заболеваний и преждевременной смерти.

Наоборот, позитивные эмоциональные состояния, социальный оптимизм, духовный подъем запускают в организме мощные оздоровительные процессы. С биохимических позиций их реализация осуществляется через опиоидные и другие нейропептиды, мет-энкефалин, β -эндорфин, нейротензин, пролактин, субстанцию Р [32].

В целом накопленный объем фактов позволяет высказать предположение, что с начала 90-х годов в России отмечался выраженный рост духовного неблагополучия, проявившийся, в первую очередь, эпидемией агрессивного-депрессивного синдрома. Это сопровождалось через психосоматические регуляторные механизмы снижением интенсивности обмена веществ в тканях организма, уменьшением притекающего к органам объема крови, увеличением периферического сосудистого сопротивления, ростом тонического напряжения артерий. Перечисленные процессы способны вести к уменьшению адаптивного потенциала организма, торможению иммунной реактивности и увеличению риска смерти.

Описанные закономерности формируют единый фундамент для действия законов инфекционной и неинфекционной эпидемиологии. Становится понятным, почему в 1992—2002 гг. наблюдался значительный рост большинства инфекционных заболеваний. Вероятнее всего причиной широкомасштабной эпидемии явились неинфекционные факторы: выраженное угнетение иммунной системы у пострадавших возрастных групп из-за негативного социально-психологического воздействия.

Аналогичные закономерности могли происходить и в сфере токсикогенных процессов. В 1993—1994 гг. депрессия общероссийского масштаба вызвала, вероятно, настолько сильное угнетение антитоксических функций организма, что алкогольные психозы и смертельные отравления стали наступать при значительно более низких концентрациях спирта в крови. Подобная ситуация наблюдалась также в других регионах, например, в Венгрии, где в конце 80-х годов снизилось потребление алкоголя на 10%, тем не менее смертность от алкогольных психозов выросла на 36%, от алкогольных циррозов печени — на 87% [16]. Причиной парадокса, вероятно, служило увеличение уровня депрессии в населении, потеря контроля над ситуацией, снижение социальной поддержки, ухудшение качества жизни [44]. Все это подтверждает существование неалкогольных механизмов алкогольных отравлений.

Наоборот, в 1985—87 гг. с началом «перестройки» отмечался выраженный нравственно-эмоциональный подъем в стране, связанный с надеждой на новую, более справедливую жизнь. Доказательством участия психогенных механизмов в снижении показателей смертности и алкогольных отравлений в то время служит аналогичное улучшение медико-демографических показателей среди населения восточно-европейских странах СЭВ, где антиалкогольных мероприятий тогда не проводилось.

В 1995—98 гг. также отмечалось улучшение психологической атмосферы в стране, оправившейся от первоначального шока, что подтверждается данными социологических опросов [10], а также снижением убийств, самоубийств, общей преступности.

Дополнительно к психогенному фактору важную роль в устойчивости к алкоголю, как показано выше, играет адекватное питание.

Представленные материалы имеют важное научное и широкое практическое значение, поскольку указывают на реальность управления динамикой алкогольных отравлений через неалкогольные рычаги. Само понятие *негативное действие алкоголя* оказывается зависящим не только от физико-химических свойств алкогольной субстанции, но и от психо-физиологического состояния человека и его благосостояния. По этому поводу еще И.В.Давыдовский говорил, что причиной заболеваний являются не патогенные агенты и не организм человека сами по себе, а их взаимодействие между собой, дисгармония единства внешнего и внутреннего. Тем самым, с учетом анализа причин алкогольных отравлений становится возможным формирование направлений психонаркологии и нутрионаркологии, предметом изучения которых должны стать духовно-эмоциональные и пищевые факторы, влияющие на устойчивость организма к алкогольной интоксикации.

Список литературы

1. Александри А.Л. Связь потребления алкоголя с уровнем артериального давления и ишемической болезнью сердца у мужчин 20—59 лет: Автореф. дисс. на соискание учен. степени к.м.н. — М., 1997.
2. Анализ смертности населения в Российской Федерации: возможности для улучшения здоровья. Международная конференция 30 сентября—1 октября 1997 г. Материалы конференции. — М., 1997.
3. Гафаров В.В., Пак В.А., Гагулин И.В., Гафарова А.В. Эпидемиология и профилактика хронических неинфекционных заболеваний в течение двух десятилетий и в период социально-экономического кризиса в России. — Новосибирск, 2000.
4. Гундаров И.А., Оганов Р.Г., Жуковский Г.С. Моделирование тонуса сосудов головы и его значение для прогнозирования смертности в популяционных исследованиях// Тер. архив. — 1990. — № 8. — С. 119—124.
5. Гундаров И.А. Пробуждение: пути преодоления демографической катастрофы в России. — М., 2001.
6. Гундаров И.А., Корчагина Л.Н. Комплексное изучение образа жизни курящих работников промышленного предприятия// Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. — 2002. — № 6. — С. 13—16.
7. Гундаров И.А., Деев А.Д., Пронин М.А. Агрессивность и безысходность в обществе как социальные факторы риска смерти от сердечно-сосудистых заболеваний. Кардиология, основанная на доказательствах. Российский национальный конгресс кардиологов// Тезисы докладов. — М., 2000. — 81 с.
8. Добровольский Ю.А. Здоровье населения мира в XX веке. — М., 1968.
9. Демографические ежегодники России. Госкомстат России. — М., 1994—2002.
10. Десять лет российских реформ глазами россиян (аналитический доклад)// Альтернативы. — 2002. — № 2. — С. 95—123.

11. Доходы, расходы и потребление домашних хозяйств в 4 квартале 2002—2003 гг. (по итогам выборочного обследования бюджетов домашних хозяйств). — М., 2004.
12. Иванова Г.В., Севастьянова Г.И., Уткин И.В. и др. Взаимосвязь показателей центральной и церебральной гемодинамики и особенностей внутрисемейных отношений у больных артериальной гипертензией. Кардиология, основанная на доказательствах. Российский национальный конгресс кардиологов// Тезисы докладов. — М., 2000. — С. 114—115.
13. Каменков К.А. Алкоголизм как социально-гигиеническая проблема. Белицкая Е.Я. Проблемы социальной гигиены. — 375 с.
14. Константинов В.В. Особенности эпидемиологии ишемической болезни сердца и факторы риска среди мужского населения в городах различных регионов: Автореф. дисс. на соискание учен. степени д.м.н. — М., 1995.
15. Константинов В.В., Деев А.Д., Капустина А.В. и др. Связь потребления алкоголя с факторами риска и смертностью от сердечно-сосудистых и некоторых других хронических неинфекционных заболеваний среди мужского населения (по материалам одномоментного исследования и 20-летнего проспективного наблюдения)// Кардиология. — 1998. — № 2. — С. 29—35.
16. Кризис в области смертности, здоровья и питания. Исследования положения в странах с переходной экономикой. ЮНИСЕФ// Региональный мониторинговый доклад. — 1994. — №2.
17. Левин М.Б. Девиантное поведение: социологические изменения и тенденции развития в переходный период// Демография и социология. Вып. 6. Качество населения. — М., 1993. — С. 86—101.
18. Московский статистический ежегодник. Госкомстат РФ, московский городской комитет государственной статистики. — М., 2000.
19. Немцов А.В. Алкогольная ситуация в России. — М., 1995.
20. Nemtsov A.V. Estimates of total alcohol consumption in Russia, 1980—1994// Drug and alcohol dependence. — 2000. — № 58. — P. 133—142.
21. Немцов А.В. Качество статистических показателей смертности при отравлении алкоголем в России// Общественное здоровье и профилактика заболеваний. — 2004. — № 2. — С. 19—28.
22. Нужный В.П., Харченко В.И., Акопян А.С. Избыточное потребление алкоголя в России — весомый фактор риска болезней системы кровообращения и высокой смертности населения (обзор)// Терапевтический архив. — 1998. — № 10. — С. 57—64.
23. Оздоева Л.Д. Взаимосвязь факторов риска атеросклероза и тревожно-депрессивных состояний у мужчин из неорганизованной популяции: Автореф. дисс. на соискание учен. степени к.м.н. — М., 2003.
24. Павлов Ю.В., Красильников И.А. Здравоохранение Санкт-Петербурга в годы реформ. — С.-Пб., 1999.
25. Потребление продуктов питания в домашних хозяйствах в 1997-1999 гг. (по итогам выборочного обследования бюджетов домашних хозяйств). Госкомстат России. — М., 2001.
26. Россия и страны мира. Госкомстат России. — М., 1998.
27. Россия и страны — члены Европейского Союза. Статистическое сравнение, 1990-96 гг. Евростат. Люксембург, 1998.
28. Рекомендации парламентских слушаний на тему: «О государственной алкогольной политике в России». Проект. Материалы парламентских слушаний в Государственной Думе РФ, 11.06.98.
29. Соединенные Штаты Америки. — М., 1946.
30. Социальное развитие и уровень жизни населения РСФСР в 1990 г., т.1. — М., Госкомстат СССР, 1991.
31. СССР и зарубежные страны. Госкомстат СССР. — М., 1991.
32. Судаков К.В., Юматов Е.А. Эмоциональный стресс в современной жизни. — М., 1991.
33. Тенденции в странах Европы и Северной Америки// Статистический ежегодник ООН, 2003. — М., 2004.
34. Хорев Б.С. Проблемы депопуляции в России// Население и кризисы. Вып. 5. — М., 1999. — С. 5—15.
35. Школьников В.М., Милле Ф., Валлен Ж. Ожидаемая продолжительность жизни населения России в 1970—1993 годах: анализ и прогноз. — М., 1995.
36. Albert Ch. M., Manson J.A., Cook N.R. et al. Moderate alcohol consumption and the risk of sudden cardiac death among US male physicians// Circulation, 1999. — Vol. 100. — P. 944—950.
37. Cockerham W. Health lifestyles in Russia// Social science and medicine. — 2000. — Vol. 51. — P. 1313—1324.
38. Everson S., Goldberg D., Caplan G. et al. Hopelessness and risk of mortality and incidence of myocardial infarction and cancer// Psychosomatic Medicine. — 1996. — Vol. 58. — P. 113—121.
39. Everson S., Kauhanen J., Kaplan G. et al. Hostility and increased risk of mortality and acute myocardial infarction: the mediating role of behavioral risk factors// Am. J. Epidemiem. — 1998. — Vol. 146, № 2. — P. 142—152.
40. Frasure-Smith N., Lesperance F., Talajic M. Depression and 18 month prognosis after myocardial infarction// Circulation. — 1995. — Vol. 91. — P. 999—1005.
41. Ferrie J., Shipley M., Marmot M. et al. Health effects of anticipation of job change and non-employment: longitudinal data from the Whitehall II study// Brit. Med. J. — 1995. — Vol. 311. — P. 1264—1269.
42. Hoffmeister H., Schelp F.P., Mensink G.B. et al. The relationship between alcohol consumption, health indicators and mortality in the German population// Intern. J. Epidemiem. — 1999. — Vol. 28. — P. 1066—1072.
43. Kitamura A., Iso H., Sankai T. et al. Alcohol intake and premature coronary heart disease death in urban Japanese men// Am. J. Epidemiem. — 1998. — Vol. 147, № 1. — P. 59—65.
44. Kopp M., Skrabski A., Szedmak S. Psychosocial risk factors, inequality and self-rated morbidity in a changing society// Social science and medicine. — 2000. — Vol. 51. — P. 1351—1361.
45. Muntwyler J., Hennekens Ch. H., Buring J.E. et al. Mortality and light to moderate alcohol consumption after myocardial infarction// Lancet. — 1998. — Vol. 352. — P. 1882—1885.
46. Martikainen P., Valkonen T. Excess mortality of unemployed men and women during a period of rapidly increasing unemployment// Lancet. — 1996. — Vol. 348. — P. 909—912.
47. Neeleman J., Lewis G. Suicide, religion, and socioeconomic conditions. An ecological study in 26 countries, 1990// J. Epidemiem. Comm. Health. — 1999. — Vol. 53. — P. 204—210.
48. Orth-Gomer K., Horsten M., Wamala S. et al. Social relations and extent and severity of coronary artery disease// Europ. Heart J. — 1998. — Vol. 19. — P. 1648—1656.
49. Rovner B., German P., Brant L. et al. Depression and mortality in nursing homes// JAMA. — 1991. — Vol. 265, № 8. — P. 993—996.
50. Sklar L., Anisman H. Stress and coping factors influence tumor growth// Science. — 1979. — Vol. 205. — P. 372—373.
51. Smits C., Deeg D., Kriegsman D. et al. Cognitive functioning and health as determinants of mortality in an older population// Am. J. Epidemiem. — 1999. — Vol. 150, № 9. — P. 978—986.
52. Zatonski W. Evolution of health in Poland since 1988. — Warsaw, 1996.
53. Valmadrid Ch., Klein R., Moss S. et al. Alcohol intake and the risk of coronary heart disease mortality in persons with older-onset diabetes mellitus// JAMA. — 1989. — Vol. 26, № 7. — P. 914—919.
54. White I.R. The level of alcohol consumption at which all-cause mortality is least// J. Clin. Epidemiem. — 1999. — Vol. 52, № 10. — P. 967—975.

PARADOXES OF ALCOHOLIC MORTALITY TRENDS IN RUSSIA

GUNDAROV I.A. Academician RAES, dr.med.sci., cand.philosoph.sci., professor, Head of lab. of systematic Health investigations. Institute for preventive medicine, Moscow

The correlation of alcohol consumption and alcoholic mortality in Russia during the past 20 years was investigated. There was a considerable discordance of both trends' fluctuations. This data indicate the activity of factor «X», which influences the individual susceptibility to alcohol. A close ties were revealed between alcoholic poisonings and spiritual status: aggressiveness (measured with murders) and interminableness (measured with suicides). The hypotheses is proposed about inner psychosomatic mechanisms, that modulate the fluctuations of resistance to the alcoholic intoxication.