

## Алкоголь и наркотики как важнейшие факторы демографического кризиса в России

ХАЛТУРИНА Д.А.

к.и.н. доцент Российской академии государственной службы при Президенте РФ,  
н.с. Центра цивилизационных и региональных исследований РАН, Москва

КОРОТАЕВ А.В.

д.и.н., профессор Российского государственного гуманитарного университета, Москва

*Представлен анализ демографической ситуации в России. Уровень рождаемости в России так же низок, как и во многих других странах с образованным населением. В то же время, смертность экстремально высока, что и обуславливает депопуляцию России. Данное исследование не подтверждает гипотезы о том, что главными факторами сверхсмертности в России являются экономические, социально-психологические и экологические проблемы. С другой стороны, смертность в России прекрасно совпадает с динамикой потребления алкоголя. Однако не уровень потребления алкоголя как таковой, а высокий уровень потребления крепких алкогольных напитков является главным фактором экстремальной смертности в России и соседних странах. Эпидемия инфективной наркомании вносит огромный вклад в высокую смертность среди российской молодежи. Эти два фактора объясняют большую часть депопуляции России, так как они влияют не только на смертность, но и на рождаемость, обуславливая сверхсмертность в репродуктивных возрастах.*

**П**остперестроечный период в России ознаменовался демографической катастрофой, получившей название "русский крест" [20].

С 1987 г. по 1993 г. рождаемость в стране сократилась с 2 до 1,3 ребенка на женщину (или с 17,2 до 9,4). С 1986 по 1994 гг. смертность в России выросла с 10,4 до катастрофического и аномального для сколько-нибудь развитых стран уровня — 15. В 1991—1992 гг. смертность сравнялась с рождаемостью, а вскоре и значительно превысила ее.

### Вклад низкой рождаемости и высокой смертности в "русский крест"

По европейским меркам уровень рождаемости в России нельзя назвать беспрецедентно низким, столь же низкая рождаемость наблюдается во многих развитых странах. Однако уровень смертности в России (и некоторых других восточноевропейских государствах) действительно аномально высок. Не только в странах Запада, но и, например, в Армении и Грузии приблизительно столь же низкая рождаемость, как и в России, сочетается с такой же невысокой или еще более низкой смертностью [49, 51], благодаря чему заметного убывания населения, т.е. острого демографического кризиса, здесь не наблюдается. В России имен-

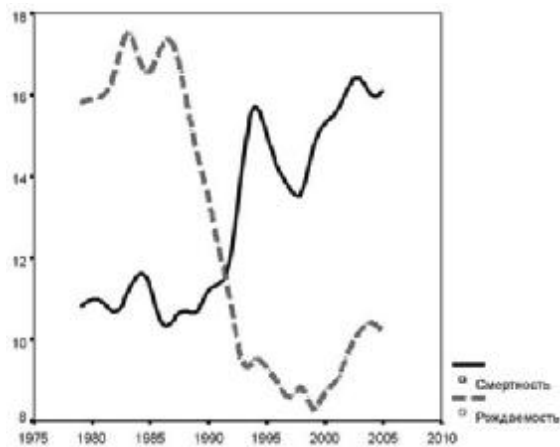


Рис. 1. Динамика рождаемости и смертности (‰, на 1000 чел.) в России в 1978—2005 гг. ("русский крест") [8, 51]

но катастрофическая смертность населения создает колоссальный разрыв между рождаемостью и смертностью, который выливается в депопуляцию страны.

В общем, можно выделить 2 основные группы гипотез относительно причин столь высокой смертности в нашей стране:

- чрезвычайно высокая смертность в России — результат ухудшения уровня жизни после распада Советского Союза: экономический кризис, низкий уровень медицины, неблагоприятная экологическая ситуация, неудовлетворенность жизнью и т.д.

- основными фактором сверхсмертности россиян является высокий уровень потребления алкоголя, табака и наркотиков.

Нет сомнения, что свой вклад внесли обе группы факторов, однако необходимо выяснить, какая же из них оказала решающее воздействие. Попробуем проверить эти гипотезы, сопоставив их с имеющимися данными.

### Экологический фактор

После распада Советского Союза, когда смертность россиян резко выросла до аномального уровня, нагрузка на окружающую среду уменьшилась, в первую очередь, в связи с падением производства и многократным снижением уровня химизации сельского хозяйства. Объемы выбросов вредных веществ в атмосферу и окружающую среду, в целом, существенно сократились. В середине 1990-х впервые за долгие годы наступила некоторая стабилизация окружающей среды [29]. Все это происходило на фоне катастрофического роста смертности населения. Нет сомнения, что не слишком благоприятная экологическая ситуация негативно сказывалась и сказывается на здоровье россиян и вносит определенный вклад в повышенную смертность, в особенности в зонах экологического бедствия. Однако в целом, очевидно, что экологическая ситуация не является фактором, объясняющим феномен российской сверхсмертности 1990-х годов.

### Экономический кризис

Детальный анализ приводит нас к выводу, что экономический кризис также не является главной причиной кризиса смертности в России [25].

Во-первых, настоящий кризис сверхсмертности разразился в 1990—1994 гг. в более обеспеченных и менее экономически пострадавших северных постсоветских странах: России, Украине, Белоруссии и странах Балтии. В то же время в самых бедных странах Центральной Азии, а также Закавказья, где экономический кризис был нестандартно тяжелым даже по постсоветским меркам [40, 51], прирост смертности был существенно меньше [49, 51].

Во-вторых, в России более всего от кризиса сверхсмертности пострадали не беднейшие половозрастные группы: дети и женщины, а экономически наиболее состоятельная половозрастная группа мужчин среднего возраста [49]. Относительный прирост смертности (в процентах) среди пенсионеров также был существенно ниже, чем среди мужчин работоспособного возраста [49]. Наконец, среди регионов России наибольшей продолжительностью жизни отличаются такие беднейшие и политически нестабильные регионы, как Ингушетия и Дагестан. Если в России, в целом, в 2001 г. продолжительность жизни составляла 59 лет для мужчин и 72 года для женщин, то в Ингушетии эти показатели были равны 70 и 79 годам, а в Дагестане — 67 и 76 годам соответственно [7].

Безусловно, экономический кризис внес существенный вклад в негативное развитие демографической ситуации в России, однако он объясняет лишь меньшую часть феномена российской сверхсмертности, который так ярко проявил себя в начале 1990-х и в полной мере сохраняется в наши дни. Особенно отчетливо это видно при анализе демографического и экономического развития России в кросс-национальной перспективе. Наконец, существуют десятки стран со значительно меньшим ВВП на душу населения, чем в России, и значительно более благоприятной ситуацией со смертностью и продолжительностью жизни.

### Кризис медицины

Экономическая ситуация в стране, как правило, сильнее всего отражается на состоянии медицины и системы здравоохранения, в целом. Ряд исследователей указывали именно на кризис российской медицины в качестве основного фактора катастрофической смертности в России. Однако, "вопреки тому, что кажется очевидным, Россия избежала резкого снижения расходов на здравоохранение в 1992—1995 гг. Согласно двум независимым оценкам, их снижение, с учетом поправок на инфляцию, составило около 10% [34, 44]. Количество больничных коек и врачей на душу населения почти не уменьшилось [47]. Таким образом, "обвала" не произошло" [28]. В пользу такого утверждения свидетельствует, в частности, проведенное в Новосибирске исследование заболеваемости инсультами. Смертность от инсультов там выросла с 1987 по 1994 гг. за счет увеличения количества инсультов, в то время как процент умерших среди перенесших инсульт практически не увеличился [46].

Состояние медицины в России вряд ли хуже, чем в странах Закавказья и Центральной Азии, где ситуация со смертностью и продолжительностью жизни, в целом, заметно более благоприятная. Ряд показателей свидетельствует о позитивных тенденциях в российской медицине в последние годы, например наблюдается снижение материнской и младенческой смертности и детской смертности от лейкемии [45]. Все это находится в разительном контрасте с продолжающимся ростом общей смертности россиян. Очевидно, что недостаток доступного и качествен-

ного медицинского обслуживания вносил и вносит свой вклад в повышенную смертность в России и других странах СНГ. Однако привлечения этого фактора совершенно недостаточно для объяснения феномена российской сверхсмертности.

### Неудовлетворенность жизнью и духовное неблагополучие

Достаточно распространенным является положение о том, что социальный стресс, неудовлетворенность постсоветской действительностью вносят существенный вклад в сверхсмертность россиян.

Социопсихологические исследования показывают, что жители ряда постсоветских и восточноевропейских республик в 1990-е годы были ничуть не более, а зачастую менее счастливы, удовлетворены жизнью и оптимистичны, чем россияне [33, 52]. Однако это не мешало жителям этих стран иметь значительно, а иногда и разительно меньшие показатели смертности и значительно большие показатели продолжительности жизни.

Анализируя данные опроса в рамках программы "Центрально- и восточноевропейский барометр", Е. Брейнерд и Т. Кутлер указывают на то, что после 1998 г. уровень пессимизма российских мужчин 25—64 лет существенно понизился, что произошло на фоне существенного прироста смертности в этой группе [32]. Опросы фонда "Общественное мнение" также фиксируют значительное улучшение психологического самочувствия россиян с 1998 по 2001 гг. [24]. Несмотря на рост оптимизма и улучшение психологического самочувствия, смертность в России за этот период существенно возросла с 13,6 в 1998 г. до 15,6 в 2001 г., т.е. почти на 300 тыс. за год [8]. Следовательно, пессимизм и неудовлетворенность жизнью не являются важнейшими факторами кризиса сверхсмертности в России.

И.А.Гундаров в подтверждение значимости вклада психологических факторов в кризис смертности [9, 10] приводит результаты статистического теста, основанного на подсчете "коэффициентов сцепленности" показателей смертности с различными социальными и экономическими показателями, а также результаты регрессионного теста для некоторых стран Восточной и Центральной Европы и СНГ. Сила связи с показателями смертности оказалась выше всего для уровня убийств, несколько меньше — для уровня питания, заработной платы и самоубийств. При расчетах использовались также такие показатели, как промышленное и сельскохозяйственное производство, потребление алкоголя, обеспеченность врачами, розничный товароборот и ввод в эксплуатацию жилых домов [10].

Как и многие исследователи [5, 32], И.А.Гундаров пользовался неверными официальными данными по потреблению алкоголя в России и других государствах. Официальные данные по потреблению алкоголя в постсоветских странах не учитывают теневого сектора в производстве и импорте алкогольных напитков, который занимает в ряде стран доминирующее положение. И если данные по Российской Федерации отражают хотя бы общую динамику потребления алкоголя, то, например, данные по Украине и Казахстану не выдерживают совершенно никакой критики. В этих странах официальные данные и реальное потребление различается в несколько раз.

Что касается уровня убийств, то он зависит не только от нравственного состояния населения. Мощнейшим фактором уровня убийств в обществе является потребление

ние алкоголя [1, 14, 30, 31, 36]. Большинство российских убийц пьяных в момент убийства [12], как и большинство самоубийц [14]. Есть основания предполагать, что проведенный И.А.Гундаровым статистический тест указал на уровень убийств как на самый надежный предиктор смертности в России в значительной степени потому, что этот показатель является лучшим показателем потребления алкоголя, чем официальная статистика потребления алкоголя.

Нет сомнения, что психологическое состояние граждан оказывает влияние на их здоровье и продолжительность жизни (хотя механизмы могут быть совсем иными, чем это кажется с первого взгляда). Регрессионный анализ данных Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения (РМЭЗ) на предмет статистически значимых различий умерших и не умерших за период обследования мужчин старше 18 лет не выявил значимости психологического фактора (уровень оптимизма), в отличие от возраста, индекса массы тела, курения и потребления крепких алкогольных напитков (водки и самогона) [32].

#### Алкогольная гипотеза

Уже само географическое распределение демографических показателей указывает на важность этого фактора, поскольку Россия и другие постсоветские европейские государства, в отличие от стран Закавказья и Средней Азии, а также глубоко исламизированных республик Северного Кавказа, имеют тяжелые алкогольные проблемы.

Потребление алкоголя увеличивает риск заболевания и смерти от цирроза печени и панкреатита, а также рака полости рта, горла, пищевода, желудка, прямой кишки, легких, молочной железы и печени [35]. На сердечно-сосудистую систему воздействие алкоголя разнонаправленно. Умеренное потребление алкоголя, по-видимому, благотворно влияет на сердечно-сосудистую систему, уменьшая риск заболевания ишемической болезнью сердца и ишемического инсульта. Этот эффект прослеживается сильнее всего среди пьющих вино, в особенности красное. В то же время потребление алкоголя в значительных количествах (более трех стандартных порций алкогольных напитков, или 36–42 г спирта в день) [37] является однозначно негативным, точно так же как и воздействие ударных доз при не очень частом потреблении. В этом случае алкоголь увеличивает вероятность смерти от сердечно-сосудистых заболеваний: ишемической болезни сердца, повышенного кровяного давления, геморрагического инсульта, аритмии, кардиомиопатии [3, 30, 37, 41]. Огромный вклад алкоголя в смертность от внешних причин: отравлений алкоголем, убийств, самоубийств, ДТП, травм, несчастных случаев и т.д. [14, 28, 31, 43].

#### Алкогольная смертность в советские годы и антиалкогольная кампания

Неблагоприятные демографические тенденции сложились в Советском Союзе еще в середине 1960-х годов, когда продолжительность жизни мужчин начала снижаться, а женщин — стагнировать на фоне некоторых успехов советского здравоохранения и практически повсеместного роста продолжительности жизни в других регионах мира. Выдающийся отечественный демограф Б.Ц.Урланис связал рост разрыва между продолжительностью жизни мужчин и женщин с большим потреблением последними алкоголя [23]. Определенную ясность внесло изучение последствий антиалкогольной кампании в Советском

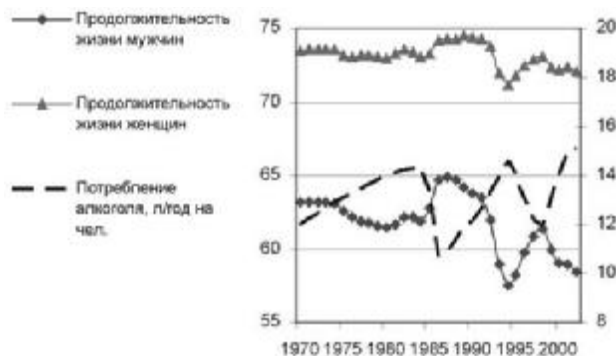


Рис. 2. Динамика потребления алкоголя и продолжительности жизни мужчин и женщин в России в 1970–2002 гг. [15, 51]

Союзе в 1984–1987 гг. Тогда реальное потребление алкоголя сократилось приблизительно на 27% [14], что привело к падению смертности на 12% среди мужчин и на 7% среди женщин. Смертность от алкогольных отравлений понизилась на 56%. Смертность среди мужчин от несчастных случаев и насилия понизилась на 36%, от пневмонии — на 40%, от других заболеваний дыхательной системы — на 20%, от инфекционных заболеваний — на 20%, а от сердечно-сосудистых заболеваний — на 9%. После сворачивания антиалкогольной кампании показатели смертности, в особенности мужской, резко выросли [39].

И в советские годы, и после перестройки основными источниками кризиса сверхсмертности в России являются смерти от болезней системы кровообращения и от внешних причин [4]. Оба класса причин являются алкоголезависимыми. Именно поэтому эти виды смертности особенно живо "откликнулись" на антиалкогольную кампанию, отход от нее и либерализацию производства и реализации алкоголя в России. В большинстве случаев наличие алкоголя в крови не фиксируется в официальных актах о смерти (нередко, видимо, из этических соображений), что приводит к колоссальной недооценке алкогольной смертности.

#### Алкоголь и смертность от болезней системы кровообращения

Исследования, проведенные в двух городах России, обнаружили повышенное содержание алкоголя в крови значительного процента умерших от болезней системы кровообращения (Курск — 29% мужчин, 9% женщин, 1991 г.; Ижевск — 47% мужчин 20–55 лет, конец 1990-х). Под маской значительной части сердечно-сосудистых диагнозов в обоих случаях скрывалось алкогольное отравление, поскольку дозы алкоголя, обнаруженные в крови у ряда умерших, были смертельно опасными [15, 22, 28]. Согласно расчетам А.В. Немцова, ни Курская область, ни Удмуртия не являются лидерами среди регионов России по вкладу алкогольной смертности в общую [15]. Очевидно, что если бы подобные исследования были проведены по общероссийской выборке, то результат был бы сходным. Нередко связанными с алкоголем являются и "резвые" смерти от болезней системы кровообращения, поскольку нанесенный алкоголем вред нередко приводит к развитию хронических заболеваний. Многие геморрагические инсульты в России спровоцированы потреблением алкоголя [30, 37]. Такие инсульты характеризуются высокой летальностью, но смерть может наступить через определенный срок после инсульта и повышенный уровень



содержания алкоголя в крови умерших зарегистрирован не будет.

#### *Алкоголь и смертность от внешних причин*

Вклад алкоголя в смертность от внешних причин гораздо выше. Большинство убийц в России нетрезвы в момент убийства. В нетрезвом виде погибают около половины самоубийц, значительная часть которых не совершила бы роковой шаг, если бы не состояние опьянения. Алкоголь — одна из важнейших причин высокого уровня преступности в России. Ежегодно сотни тысяч россиян совершают в состоянии алкогольного опьянения преступления, которые не собирались совершать или могли бы не совершить: убийства, случаи умышленного причинения тяжкого вреда здоровью, изнасилования, хулиганские выходы, грабежи, разбои, кражи, угоны машин и т.д. В 2004 г. 295 379 чел. были осуждены за преступления, совершенные в состоянии алкогольного опьянения, что составило 37,2% от всех преступлений [12]. Многочисленные "пьяные" и в этом смысле случайные преступления наносят огромный урон обществу. Сами же преступники расплачиваются за них не только годами неволи, но и годами своей жизни, поскольку физические и социально-психологические условия содержания в российских исправительных учреждениях не способствуют долголетию.

Широко распространено мнение, что причиной большинства алкогольных отравлений является повышенная токсичность нелегальной алкогольной продукции. При этом забывается, что этанол сам по себе токсичное вещество, и что одномоментный прием 400 г качественного спирта является смертельно опасным для большинства. Токсикологические исследования показали, что основная часть потребляемого в России самогона и фальсифицированной водки не более, а в ряде случаев, менее токсична, чем качественная водка [16, 17].

#### *Алкоголь и смертность мужчин трудоспособного возраста*

Как говорилось ранее, мощнейший вклад в российскую сверхсмертность вносят смерти мужчин трудоспособного возраста. Исследование результатов судебно-медицинских экспертиз в Ижевске показало, что доля умерших в состоянии алкогольного опьянения среди этой группы составила 62% (концентрация алкоголя в крови более 0,3 ) [28], что хорошо соотносится с результатами А.В.Немцова, рассчитанными для России, в целом [14, 15].

#### **Влияние на смертность различных алкогольных напитков.**

Согласно оценкам экспертов, среднестатистический взрослый россиянин выпивает около 14,5 л спирта в год (официальные данные существенно занижены из-за высокой доли нелегальной продукции на рынке), при этом в последние годы наблюдается рост потребления [1, 14, 15]. Тем не менее, в ряде стран аналогично высокий уровень потребления алкоголя не сопровождается аномально высокой смертностью. Среди этих стран Португалия, Ирландия, Чехия, Франция, Германия, Австрия. Причина в том, что разные виды алкогольной продукции оказывают дифференцированное влияние на смертность, при этом важнейшим фактором риска является крепость наиболее популярного в стране напитка. Как показывают исследования, одномоментный прием тех же самых доз этанола в виде крепких и слабых напитков, очевидно, оказывает

сходное воздействие [18]. Однако крепость напитка в значительной степени определяет и культуру его потребления. Высокое содержание этанола в относительно небольшом объеме крепких напитков приводит к тому, что доза, которая естественным образом выпивается за вечер в компании, зачастую приводит к сильной интоксикации, которая является опасным для организма состоянием.

Эксперимент, проведенный В.П.Нужным и его соавторами, показывает еще один потенциальный механизм влияния именно водочной интоксикации на смертность. При экспериментальном потреблении добровольцами одинакового в спиртовом эквиваленте количества водки, пива и джин-тоника было замечено, при потреблении пива и джин-тоника максимум опьянения наступал через полчаса после завершения приема алкоголя. При потреблении того же количества этанола в виде водки максимум опьянения наступал через 90–150 мин [18]. На бытовом уровне это может означать ситуацию, при которой человек, пьющий водку, не чувствуя, что выпил предельную для его безопасности дозу, в течение часа и более продолжает потреблять алкоголь, достигая действительно сильной алкогольной интоксикации.

Характерно, что большинство стран, где наблюдались феномен сверхсмертности и демографические "кресты", — это водочные страны: Россия, Белоруссия, Украина и страны Балтии. Зависимость между крепостью наиболее популярного вида напитков и смертностью мужчин 40–59 лет в странах бывшего соцблока хорошо видна на рис. 3 для стран с уровнем потребления алкоголя более 8 л спирта на человека в год (пороговый уровень, превышение которого считается критическим для страны). Отметим, что даже небольшой сдвиг преимущественно водочной Литвы в сторону вина приводит к заметно меньшей по сравнению с Эстонией и Латвией смертности не только среди мужчин 40–59 лет, но и в целом.

Другой коррелят алкогольной смертности — разница между продолжительностью жизни женщин и мужчин. В непьющих мусульманских странах с развитой системой здравоохранения и малопьющем Израиле эта разница составляет 4–5 лет. В странах пивного пояса этот разрыв в среднем равняется шести годам. В промышленно разви-

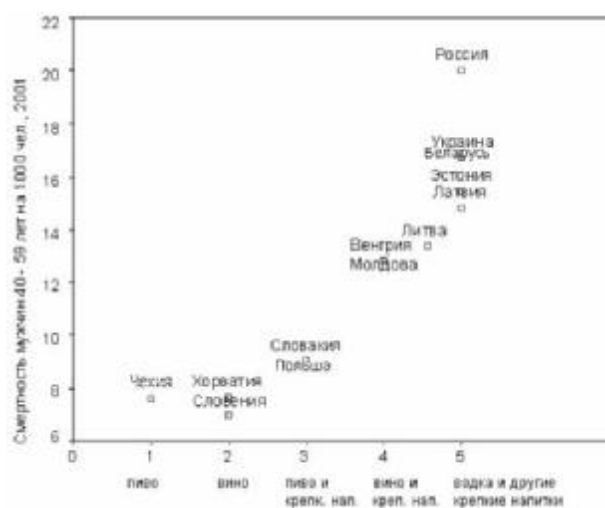


Рис. 3. Смертность мужчин 40–59 лет (на 1000 чел.) в зависимости от наиболее популярного вида напитков в постсоциалистических странах с потреблением более 8 л чистого алкоголя в год на взрослого человека [25, 49]

тых странах винного пояса средний разрыв между мужской и женской продолжительностью жизни составляет около 8 лет. Наибольшим этот разрыв в винном поясе является в Венгрии, где крепкие напитки, хоть и в меньшей степени, чем вино, но все же весьма популярны среди населения. Это свидетельствует о том, что чем крепче напиток, тем более негативное влияние он оказывает на здоровье при потреблении в значительных количествах.

Наконец, наибольший разрыв между продолжительностью жизни женщин и мужчин наблюдается в "водочном" поясе, где среднее значение этого показателя превышает 10 лет. Печальное "лидерство" сохраняется за Россией, где разрыв между средней продолжительностью жизни женщин и мужчин составляет 14 лет [51].

#### ***Водка и самогон — мощнейшие факторы демографического кризиса в России***

Внимательное изучение ареала сверхсмертности в Восточной Европе не оставляет сомнений, что традиция потребления крепких алкогольных напитков (водка, самогон, горилка, палинка, ракия и т.д.) является колоссально мощным негативным фактором демографического развития, сопоставимым по силе с эпидемией СПИДа в Тропической Африке. Именно крепкие алкогольные напитки ответственны за аномально высокую (для соответствующего уровня экономического развития) смертность в России, Украине, Белоруссии и странах Балтии. Крепкие алкогольные напитки опасны благодаря существованию определенных паттернов потребления, обусловленных, впрочем, их свойствами. Культура потребления преимущественно крепких напитков сочетается с широкой распространенностью алкоголизма и практикой частых алкогольных интоксикаций. Алкогольная интоксикация является мощнейшим стрессом для организма и повышает риск умереть от болезней системы кровообращения и последствий неадекватного поведения, таких, как самоубийства, убийства, ДТП, падения, травмы, отравления, утопления, переохлаждения, обгорания и т.д. Таким образом, практика сильных алкогольных интоксикаций, прежде всего, крепкими алкогольными напитками, является важнейшим источником российской сверхсмертности.

Расчеты показывают, что если бы россияне стали выпивать такой же объем этилового спирта, как и в настоящее время, но в виде более слабых напитков, а именно, пива и вина, то смертность в России была бы существенно ниже [11, 25]. Крайне вероятно, что смертность в этом случае не превышала бы рождаемости существенно, что привело бы к исчезновению резкой депопуляции — главного симптома современного демографического кризиса. Переход на более слабые алкогольные напитки в сочетании с уменьшением абсолютного количества потребления алкоголя, вероятно, мог бы привести к падению смертности до еще более низкого уровня. Все это в сочетании с повышением уровня российского здравоохранения и компетентной и осознанной политикой стимуляции рождаемости могло бы привести к полному решению демографического кризиса в долгосрочной перспективе.

#### **Экспертные оценки алкогольной смертности**

По расчетам ведущего специалиста в этой области А.В.Немцова, приблизительно каждая третья смерть в России имеет прямой или косвенной причиной алкоголь, а абсолютные потери могут достигать 750 тыс. в год [14, 15]. Если эти расчеты верны, то это именно та треть, на которую смертность в России больше, чем рождаемость, и которая создает депопуляцию России в наши дни. К недостаткам данных расчетов можно отнести использование

упрощенной одномерной линейной регрессионной модели, необходимость которого, в свою очередь, в значительной степени была обусловлена недостатком и низким качеством статистических данных.

Б.А. Ревич оценивает уровень алкогольной смертности в 324 тыс. смертей в год. В эту цифру входит смертность от алкогольных отравлений, циррозов, связанных с алкоголем случаев рака и болезней органов кровообращения [19]. Следует отметить, что к потерям от этих заболеваний должны быть прибавлены колоссальные алкогольные потери от внешних причин: травматизма, несчастных случаев, убийств, самоубийств, ДТП и т. п. Эти потери составляют в России более 320 тыс. в год, и, судя по всему, не менее половины этих смертей связано с алкоголем. Так, среди мужчин 20—55 лет, умерших в Ижевске в 1998—1999 гг. от внешних причин, 52,3% имели концентрацию алкоголя в крови более 1,5 промилле [28].

В своей интересной работе В.И.Харченко с соавторами критикуют расчеты А.В.Немцова и оценивают алкогольную смертность в России как 15,7% от всех умерших в 2001 г., или 315—393 тыс. Эти исследователи предлагают рассчитывать алкогольную смертность, исходя из численности когорты лиц, больных алкоголизмом и злоупотребляющих алкоголем, в то время как "у трезвенников связи между потреблением алкоголя и смертностью нет никакой, у мало и умеренно пьющих эта связь очень слабая и скорее всего случайная" [26]. Такой подход вступает в некоторое противоречие с хорошо известным в клинической эпидемиологии "парадоксом профилактики" (prevention paradox): хотя индивидуальные риски тяжелого алкоголика существенно выше, чем риски умеренно пьющего, большинство страдающих от ряда алкогольных проблем — это именно умеренно пьющие, поскольку их значительно больше, чем злоупотребляющих алкоголем [38].

Кроме того, В.И.Харченко с соавторами дифференцированно подходят к расчету алкогольной смертности в различных возрастных когортах, отмечая, что алкогольная смертность концентрируется среди лиц 15—65 лет. Действительно, алкогольная смертность среди несовершеннолетних и пенсионеров должна быть значительно ниже в процентном отношении, чем среди лиц трудоспособного возраста. Однако полностью не учитывать алкогольную смертность среди лиц старше 65 лет нельзя. Наводит на определенные размышления тот факт, что основные тренды смертности среди пенсионеров в России совпадают с динамикой потребления алкоголя: резкий рост с 1990 по 1994 г., падение с 1995 по 1998 г. и дальнейший рост с 1999 г. [49].

Есть и прямые доказательства наличия значительного количества алкогольных смертей среди людей постпенсионного возраста. Данные показывают, что смертность от алкогольных отравлений (которая может рассматриваться в качестве индикатора общей алкогольной смертности) среди 65—69-летних приблизительно такая же, как и среди 35—39-летних, да и в более старших группах такого рода смертность присутствует, хотя ее значение с возрастом снижается [14].

Таким образом, оценки В.И.Харченко с соавторами необходимо скорректировать с учетом потерь среди умеренно пьющих и людей постпенсионного возраста. Кроме того, непьющие, но злоупотреблявшие алкоголем в прошлом пенсионеры имеют повышенные шансы умереть из-за вреда, нанесенного этой привычкой организму ранее.

Среди особенно сильных сторон аргументации В.И.Харченко с соавторами можно выделить следующее положение: "Из выступления по радио "Маяк" 31 марта 2004 г. руководителя впервые созданной в стране Федеральной службы Госнарконконтроля А.Г. Михайлова: "Численность наркоманов в России за последние 10 лет воз-

росла в 9 раз и составила около 4 млн чел., в той или иной степени приобретенных к потреблению наркотиков ... Из них ежегодно 70 тыс. умирают от передозировки наркотиков, а вместе с санитарными потерями их число составляет 200 тыс. чел.. Но если 700 тыс. составляет, по данным А.В.Немцова, алкогольная смертность и 200 тыс. составляет смертность от наркотиков (в сумме 900 тыс. чел.), то из общего числа умерших в 2002 г. в возрасте 18—70 лет (1 119 567 чел.) смертность от этих двух причин смерти составит 80,4%" [26].

Обобщая, можно сказать, что по данным всех трех исследований, алкогольная смертность приняла в России характер гуманитарной катастрофы, а в совокупности алкогольная и наркотическая смертность вносят решающий вклад в современную демографическую катастрофу в России.

#### **Опиаты и амфетамины — мощнейшие факторы сверхсмертности среди молодежи**

Алкогольная смертность, принявшая характер гуманитарной катастрофы, сосуществует в России с другой угрозой — смертоносными наркотиками. С точки зрения смертоносности, особо выделяются наркотики, вводимые инъекционным путем.

Зависимость от инъективных наркотиков вырабатывается чрезвычайно быстро: от героина после 1—5 инъекций, а от кустарно изготовляемых препаратов амфетаминовой группы даже быстрее, — и крайне тяжело поддается излечению. Ведущие наркологические клиники добиваются того, что лишь меньшинство прошедших курс лечения не возвращается к наркотикам в течение одного года. Многие из бывших наркоманов возвращаются к наркомании в течение последующих лет.

Снижение приятных ощущений от наркотиков по мере увеличения срока приема героина заставляет увеличивать дозу, в результате чего заметная часть наркоманов умирает от передозировки. С каждой дозой наркоман вводит в свой организм токсичные вещества, которые раздражают все его органы. Значительное количество инъективных наркоманов во многих населенных пунктах России, в конечном счете, заражаются ВИЧ, а большинство ВИЧ-инфицированных — наркоманы. Среди наркоманов распространены также другие болезни (например, вирусные гепатиты), существенно снижающие продолжительность жизни. В результате средняя продолжительность жизни наркомана, употребляющего героин, не превышает 7 лет с начала наркотической зависимости. Фактически, подавляющее большинство из них обречено на раннюю смерть.

Если по потреблению наркотиков, в целом, Россия, к счастью, отстает от большинства стран Запада, то по потреблению наиболее смертоносных инъективных наркотиков страна занимает печальное лидерство [50]. Согласно данным общероссийского опроса, проведенного Министерством образования России в 2002 г., не менее 4,2% россиян 11—24 лет пробовали героин и 0,8% — препараты амфетаминовой группы. При этом подавляющее большинство пробовавших потребляет наркотики чаще двух раз в месяц [27]. Стоит иметь в виду, что далеко не все наркозависимые готовы признаться в ходе опроса, что принимают наркотики. Вклад в наркотическую смертность вносят не только инъективные наркотики, но и все остальные. Таким образом, около 5% российской молодежи обречены умереть в молодом возрасте, не оставив детей, только в результате наркомании. И хотя от водки и самогона в России умирает на порядок большее количество человек, чем от наркотиков, наркомания выбивает заметную часть молодежи, т.е. как раз той части общества,

которая обладает наибольшим репродуктивным потенциалом, а потому она также является одной из основных угроз демографическому развитию России.

#### **Влияние сверхсмертности россиян на снижение рождаемости**

Между тем, есть основания полагать, что алкоголизация и наркотизация негативно влияют не только на смертность, но и на уровень рождаемости в обществе [11]. Благодаря наркомании и практике сильных алкогольных интоксикаций показатели смертности среди молодежи в России в разы выше, чем во многих постсоциалистических странах, включая беднейшие. Многие молодые женщины умирают, не успев произвести на свет потомство. Катастрофическая смертность мужчин также является фактором снижения рождаемости. Смертность молодого мужского населения репродуктивного возраста автоматически увеличивает процент неполных семей, в результате чего растет процент одиноких женщин, отказывающихся от заведения второго или даже первого ребенка. Кроме того, большой разрыв между продолжительностью жизни мужчин и женщин означает, что высокий процент женщин имеет таких брачных партнеров, относительно которых у них нет и не может быть уверенности в том, что они смогут оказать своим женам ту поддержку, которая им неизбежно потребуется в течение значительного времени после рождения ребенка. В подобной ситуации высокий процент женщин не решается на рождение детей.

Исследование факторов рождаемости по данным Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения показало, что отсутствие супруга является мощнейшим фактором, снижающим вероятность рождения женщиной ребенка. Неожиданным результатом этого исследования стало, в целом, негативное влияние потребления женщиной (а значит, и ее партнером) алкоголя на шансы стать матерью. При исключении из выборки алкоголиков, составляющих в обществе ничтожное меньшинство (менее 1%), оказывается, что непьющие женщины рожали чаще. "Так, среди совсем не употреблявших алкоголь в течение месяца рождаемость составила 6,1% (с 1995 по 2001 г.), среди пьющих 1—3 раза в месяц — 3,1%, среди пьющих 1—3 раза в неделю — 2,8%, зависимость от частоты потребления мужем — обратная (за весь период наблюдений на более чем 200 случаев мужчин, пьющих 4 раза в неделю, — всего 2 случая рождения детей)" [21].

Механизмы найденной взаимосвязи требуют дальнейших исследований, однако в любом случае, очевидно, что крепкие алкогольные напитки и тяжелые наркотики не только создают феномен российской сверхсмертности, но и способствуют снижению рождаемости (хотя бы в результате смертей молодых людей), а значит, являются главными причинами демографического кризиса в России.

#### **Глубинные причины алкоголизации и наркотизации России в контексте международного опыта**

Здесь встает вопрос, почему россияне пьют крепкие алкогольные напитки и потребляют наркотики? Обратимся к международному опыту. На рис. 4 видно, что в беднейших странах потребление алкоголя незначительно, так как большинство населения просто не имеет возможности потратить на покупку или производство такой роскоши, как алкоголь.

Поскольку алкоголь приносит приятные ощущения и вызывает зависимость, то по мере роста уровня жизни и появления излишков население начинает потреблять все больше алкоголя. При достижении определенного уровня



жизни потребление алкоголя стабилизируется. В ряде случаев в наиболее развитых странах происходит даже некоторое снижение потребления, как правило, благодаря продуманной антиалкогольной политике властей (например, в США, Франции, Швеции и др.).

История Венгрии в 1970—80-е годы представляет яркий пример того, как рост уровня жизни привел к росту потребления алкоголя. В этой стране становление демографического "креста" подобного российскому началось задолго до перестройки. В результате успешных экономических реформ администрации Яноша Кадара в 1960—70-е годы произошла либерализация венгерской экономики, что привело к стремительному экономическому подъему. Однако общий рост экономики привел и к росту производства и потребления алкоголя. Подъем сельского хозяйства способствовал росту производства дешевого вина и производимых на его основе крепких алкогольных напитков, не всегда фиксируемого официальной статистикой. С 1965 по 1985 гг. потребление крепких напитков в Венгрии утроилось. В результате в стране произошел ощутимый рост смертности, сопровождавшийся с 1976 г. резким падением рождаемости. Если в России демографический крест случился на фоне падения производства (с 1989 по 1998 гг. ВВП сократился в 1,79 раз), то в Венгрии — на фоне его быстрого роста (за 1970-е годы ВВП Венгрии вырос на 58%) [11, 25].

Алкоголизация России произошла по тому же сценарию, что и во всем мире. В дореволюционный период потребление алкоголя было в несколько раз ниже, чем в наши дни [6]. Особенно сильный рост потребления алкоголя начался в 1960-е годы, когда уровень жизни советских граждан начал ощутимо расти. Несчастливой особенностью алкоголизации России стала типичная для северных европейцев модель преимущественного потребления крепких алкогольных напитков, способствующих сильной интоксикации.

Главным толчком к росту потребления алкоголя и алкогольной смертности в России 1990-х стали либерализация алкогольной отрасли и как следствие возросшая экономическая доступность крепких алкогольных напитков и спирта. 7 июня 1992 г. Б.Н.Ельцин отменил государственную монополию на водку, в результате чего относительная цена водки упала в несколько раз. Как показали Ю.В.Андрienко и А.В.Немцов, в России, так же как и в других странах [42], потребление алкоголя зависит от цен

на спиртное. Однако важным фактором потребления алкогольных напитков являются и доходы граждан. Анализ данных РМЭЗ показал, что в России "риск быть потребителем алкоголя растет вместе с индивидуальным доходом" [2]. Рост доходов россиян с 1999 г. является серьезным фактором алкоголизации населения и нуждается в компенсации повышением цен на алкогольную продукцию.

В целом, массовая алкоголизация населения носит эпидемический характер и развивается автокаталитически по мере роста экономической и/или физической доступности алкоголя при отсутствии серьезных сдерживающих факторов (религиозный запрет, ограничительная политика государства и т.д.). Наркотизация развивается по той же модели. При условии доступности наркотиков обязательно находится определенный процент молодых людей, восприимчивых к идее получения приятных ощущений от наркотиков и готовых привлечь новых членов в сообщество потребителей наркотиков. Особенную тяжесть ситуации в России определяет географическая близость к мировому центру производства наиболее летальных инъективных наркотиков — Афганистану.

Безусловно, для окончательного решения демографического кризиса в России необходима комплексная программа действий, непременно включающая серьезную работу в области совершенствования здравоохранения и стимуляции рождаемости. Однако вряд ли на сегодняшний день в России имеются ресурсы, способные увеличить рождаемость настолько, чтобы покрыть огромную разницу между рождаемостью и смертностью без снижения последней. В свою очередь, снижение смертности в России требует разработки и внедрения адекватной алкогольной и наркополитики. Необходимо изучать мировой и отечественный опыт в борьбе с алкогольными проблемами, табакокурением, наркоманией, токсикоманией и т.д. Серьезные скоординированные усилия государственных структур, экспертного сообщества, проводящего всесторонние эмпирические исследования, и гражданского общества способны привести к нейтрализации факторов, вносящих в совокупности мощнейший вклад в демографический кризис в современной России.

#### Список литературы

1. Андрienко Ю.В. В поисках объяснения роста преступности в России в переходный период: криминометрический подход // Экономический журнал ВШЭ. — 2001. — №5. — С. 194—220.
2. Андрienко Ю.В., Немцов А.В. Оценка индивидуального спроса на алкоголь. — М.: EERC, 2005.
3. Вирганская И.М. Внезапная смерть и алкоголь // Здравоохранение Российской Федерации. — 1991. — №6. — С. 18—20.
4. Вишневецкий А.Г., Школьников В.М. Смертность в России: Главные группы риска и приоритеты действий. — М.: Московский центр Карнеги, 1997.
5. Гайдар Е.Т. Долгое время. Россия в мире: Очерки экономической истории. — М.: Дело, 2005.
6. Дмитриев В.К. Критические исследования о потреблении алкоголя в России. — М.: Русская панорама, 2001.
7. Госкомстат РФ. Демографический ежегодник России 2002. — М.: Госкомстат РФ, 2002.
8. Госкомстат РФ. Раздел "Население". Основные демографические показатели; Демография на 1 января 2006 г. (<http://www.gks.ru>).
9. Гундаров И.А. Демографическая катастрофа в России: причины, механизм, пути преодоления. — М.: УРСС, 2001.
10. Гундаров И. А. Почему умирают в России, как нам выжить? — М.: Медиасфера, 1995.
11. Кортаев А. В., А. С. Малков, Д. А. Халтурина. Законы Истории. Математические модели исторических макропроцессов. Демография, экономика, войны. — М.: УРСС, 2005.

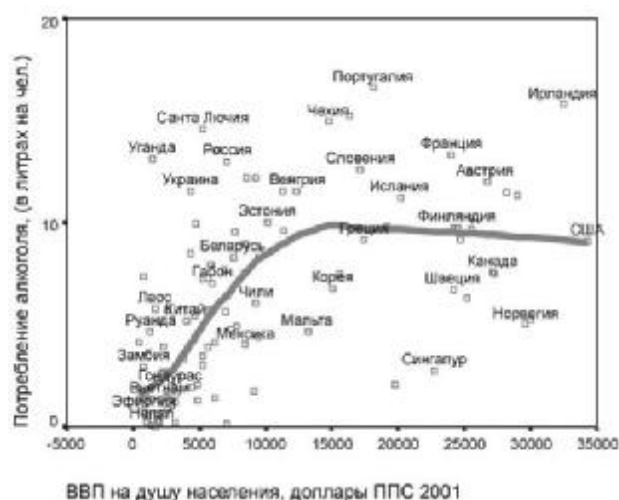


Рис. 4. Потребление алкоголя (WHO 2005) и ВВП на душу населения в мире (за исключением стран, где более 40% населения мусульмане) [25, 48]

12. МВД РФ. Преступность и правонарушения (2000—2004). Статистический сборник. — М.: МВД РФ, 2005.
13. Минздрав РФ. Смертность населения Российской Федерации 2002 г.: Статистические материалы. — М.: Минздрав РФ, 2003.
14. Немцов А.В. Алкогольная смертность в России 1980—90-е гг. — М.: NALEX, 2001.
15. Немцов А.В. Алкогольный урон регионов России. — М.: NALEX, 2003.
16. Нужный В.П. Анализ роли некачественных, фальсифицированных и суррогатных алкогольных напитков в формировании феномена высокой алкогольной смертности в Российской Федерации// Реф. сб. ВИНТИ: Новости науки и техники. Серия "Медицина". Выпуск "Алкогольная болезнь". — 2004. — №6. — С. 1—15.
17. Нужный В.П., Савчук С.А. Алкогольная смертность и токсичность алкогольных напитков// Партнеры и конкуренты. — 2005. — №5. — С. 18-26; №6. — С. 27—35; №7. — С. 24—31; №8. — С. 15—21.
18. Нужный В.П., Пометов Ю.Д., Ковалева А.В. и др. Сравнительное исследование психофизиологических эффектов водки, пива и слабоалкогольного газированного напитка// Вопросы наркологии. — 2003. — №2. — С. 22—35.
19. Ревич Б.А. Роль окружающей среды как фактора смертности населения России// Население и общество. — 2005. — С. 227—228.
20. Римашевская Н.М. Русский крест// Природа. — 1999. — №6. — С. 3—10.
21. Рошина Я.М., Бойков А.В. Факторы фертильности в современной России. — М.: EERC, 2005.
22. Тишук Е.А. Российская Федерация. — 1997. — №2. — С. 34—36.
23. Урланис Б. Ц. И снова: берегите мужчин. — Литературная газета, 1978.
24. ФОМ. Год уходящий — год наступающий: итоги и ожидания. 16.12.2004. (<http://bd.fom.ru>).
25. Халтурина Д.А., Коротаев А.В. Российский демографический кризис. Факторы, модели, пути преодоления// История и синергетика. Математические модели. — М., 2005. — С. 117—191.
26. Харченко В.И., Какорина Е.П., Мишнев О.Д. и др. Сравнительный анализ алкогольной смертности населения России (проблемы диагностики, трактовки, регистрации, количественной оценки)// Реф. сб. "Новости науки и техники", серия "Медицина". Вып. 2. Алкогольная болезнь. — 2004. — С. 1—20.
27. Шереги Ф.Э., Арефьев А.Л. Оценка наркоситуации в среде детей, подростков и молодежи. — М.: Минобразования России, 2003.
28. Школьников В.М., Червяков В.В. Политика по контролю кризисной смертности в России в переходный период. — М.: ПРООН, 2000.
29. Яблоков А. В. Состояние и охрана окружающей среды// Большая российская энциклопедия. — М.: Большая российская энциклопедия, 2003.
30. Anderson P. Alcohol and Risk of Physical Harm// Alcohol and Public Policy. — Oxford, New York, Toronto, Tokyo: Oxford University Press, 1995. — P. 82—108.
31. Andreasson S., Rosmels A., Allbeck P. Alcohol and Mortality among Young Men: Longitudinal Study of Swedish Conscripts// British Med. J. — 1988. — Vol. 296. — P. 1021—1025.
32. Brainerd E., Cutler D. Autopsy of the Empire: Understanding Mortality in Russia and the Former Soviet Union. Paper presented on the conference "Health and Demography in the States of the Former Soviet Union". — Cambridge, MA (<http://www.wcfia.harvard.edu>).
33. Central and East European Barometer. (<http://webapp.icpsr.umich.edu>).
34. Davis C. Economic Transition, Health Production and Medical System Effectiveness in the Former Soviet Union and Eastern Europe. Paper presented at the Project Meeting on Economic Shocks, Social Stress and the Demographic Impact. — Helsinki, 1997.
35. Duffy S.W., Sharples L.D. Alcohol and Cancer Risk// Alcohol and Illness. — Edinburgh: Edinburgh University Press, 1992. — P. 1—18.
36. English D.R. et al. Quantification of Drug Cause Morbidity and Mortality in Australia, 1992. — Canberra: Commonwealth Development of Human Services and Health, 1995.
37. Klatsky A. Alcohol and Cardiovascular Health// Integrative and Comparative Biology. — 2004. — Vol. 44, №4. — P. 324—329.
38. Lemmens P.H. Individual Risk and Population Distribution of Alcohol Consumption// Alcohol and Public Policy: Evidence and Issues. — Oxford, NY, Toronto: Oxford University Press, 1995. — P. 38—61.
39. Leon D.A., Chenet L., Shkolnikov V.M. et al. Huge Variation in Russian Federation Mortality Rates 1984—1994: Artefact, Alcohol or What?// Lancet. — 1997. — Vol. 350. — P. 383—388.
40. Maddison A. Monitoring the World Economy: A Millennial Perspective. — Paris: OECD, 2001.
41. McKee M., A. Britton. A Positive Relationship between Alcohol and Heart Diseases in Eastern Europe: Potential Physiological Mechanism// J. of the Royal Society of Medicine. — 1998. — Vol. 91. — P. 402—407.
42. Osterberg E. Do Alcohol Prices Affect Consumption and Related Harm?// Alcohol and Public Policy. — Oxford, New York, Toronto, Tokyo: Oxford University Press, 1995. — P. 145—158.
43. Romels A. Alcohol Consumption and Unintentional Injury, Suicide, Violence, Work Performance and Intergenerational Effect// Alcohol and Public Policy. Evidences and Issues. — Oxford, New York, Toronto, Tokyo: Oxford University Press, 1995. — P. 114—134.
44. Shapiro J. Russian Health Care Policy and Russian Health// Russian Political Development. — London: Macmillan, 1997.
45. Shkolnikov V., McKee M., Leon D.A. Why is the Death Rate from Lung Cancer Falling in Russian Federation// European Journal of Epidemiology. — 1999. — Vol. 15(3). — P. 203—206.
46. Stegmayr B., Vinogradova T., Malyutina S. et al. Widening Gap of Stroke between East and West: Eight-Year Trends in Occurrence and Risk Factors in Russia and Sweden. — Stroke, 2000. — P. 2—8.
47. UNDP (United Nations Development Program). Human Development Report 1995. — N.Y., Oxford: UNDP, 1995.
48. UNDP (United Nations Development Program). Human Development Report 2001. — N.Y., Oxford: UNDP, 2001.
49. UNICEF. Социальный мониторинг "Инноченти", 2004 г. Florence: UNICEF Innocenti Research Centre, 2004 ([www.unicef-icdc.org](http://www.unicef-icdc.org)).
50. United Nations. World Drugs Report 2004. — N.Y.: United Nations, 2004. — Vol. 2. — P. 195—208. (<http://www.unodc.org>).
51. World Bank. World Development Indicators. — Washington, DC, 2004.
52. World Values 2001 (<http://www.worldvaluessurvey.org>).

## ALCOHOL AND DRUGS AS MAJOR FACTORS OF RUSSIAN DEMOGRAPHIC CRISIS

**KHALTOURINA D.A.**  
**KOROTAYEV A.V.**

*The paper presents an analysis of the demographic crisis in Russia. The fertility level in Russia is as low as that of many other countries with educated population. Mortality in Russia, however, is extremely high, which causes depopulation of Russia. This research does not support the hypotheses that economic, socio-psychological and ecological problems are the main factors of supermortality in the country. On the other hand, death rates in Russia are perfectly consistent with alcohol consumption figures. However, it is not alcohol consumption per se, but high level of spirits consumption that is the major factor of extreme mortality in Russia and the neighboring countries. Injective drug use epidemic also has a great impact on high mortality rates among Russian youth. These two factors account for the major part of Russia's depopulation, as they affect both mortality and fertility by causing supermortality in reproductive ages.*