

✓

# УРОВНИ ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ НАСЕЛЕНИЕМ



ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
Европейское региональное бюро  
КОПЕНГАГЕН

## ЗАДАЧА 17

### ТАБАК, АЛКОГОЛЬ И ПСИХОТРОПНЫЕ СРЕДСТВА

*К 2000 г. во всех государствах-членах должно быть значительно сокращено потребление таких причиняющих ущерб здоровью и вызывающих зависимость веществ, как алкоголь, табак и психотропные средства.*

---

Данный отчет издан на английском, немецком, русском и французском языках, и Европейское региональное бюро ВОЗ оставляет за собой все права, связанные с настоящим документом. Тем не менее его можно свободно рецензировать, реферировать, воспроизводить или переводить на любой другой язык. Не разрешается лишь продажа документа либо иное его использование в коммерческих целях. На название и эмблему ВОЗ распространяются соответствующие положения об охране авторских прав, и они не могут быть использованы без соответствующего разрешения на перепечатках или переводах настоящего документа. Всю ответственность за любые взгляды, выраженные в подписанных авторами статьях, несут сами авторы. Региональное бюро будет признательно, если ему будут представлены три экземпляра любого перевода данного отчета.

54595

EUR/ICP/ALDT 94 02/MT07  
01356  
ОРИГИНАЛ: АНГЛИЙСКИЙ

# УРОВНИ ПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ НАСЕЛЕНИЕМ

Отчет о рабочей группе ВОЗ

Осло  
14–16 декабря 1994 г.

1995 г.

Задача 17 ЗДВ/ЕРБ ВОЗ

## РЕЗЮМЕ

Данное совещание рабочей группы было созвано для рассмотрения уровней потребления алкоголя населением в государствах-членах Европейского региона ВОЗ и уровня потребления алкоголя на душу населения, сопряженного с наименьшим риском для физического, психологического и социального благосостояния. Понимание существа проблем, стоящих на уровне населения, может быть достигнуто путем рассмотрения взаимодействия между индивидуальным риском и распределением уровней (у)потребления среди населения. Рабочая группа сделала вывод о необходимости продолжения политики общественного здравоохранения в Европейском регионе для содействия снижению потребления алкоголя в расчете на душу населения. Имеющиеся данные, указывающие на связь между употреблением алкоголя и здоровьем, получены из стран, где употребление алкоголя является составной частью их культуры. В тех странах, где имеются культурные или религиозные традиции воздержания от употребления алкоголя, отсутствуют какие-либо причины или основания здравоохранительного характера для рекомендации потребления алкоголя. Даже с учетом ишемической болезни сердца на уровне населения – применительно ко всем областям и сферам употребления алкоголя, присутствующим почти во всех странах Европы, снижение потребления связано с улучшением состояния здоровья. Тем не менее здравоохранительная политика в отношении алкоголя не должна основываться только лишь на статистике смертности. Все неблагоприятные последствия, как то смертность, заболеваемость, социальные и уголовные последствия, а также ухудшение качества жизни требуют своего обязательного рассмотрения.

# СОДЕРЖАНИЕ

*Стр.*

Введение.....	1
Понимание суммарного (агрегированного) риска, исходя из кривых индивидуального риска и распределения (у)потребления.....	1
Употребление алкоголя на индивидуальном уровне .....	3
Кривые риска (у)потребления алкоголя на индивидуальном уровне .....	3
J-образная кривая между употреблением алкоголя и общей (от всех причин) смертностью .....	4
Выводы на индивидуальном уровне .....	7
Употребление алкоголя на суммарном (агрегированном) уровне .....	8
Распределение (у)потребления .....	8
Исследования суммарного уровня о последствиях употребления алкоголя .....	10
Здравоохраненческие последствия J-образной кривой для смертности по суммарным причинам ..	11
Выводы на суммарном уровне .....	14
Широкое обсуждение последствий употребления алкоголя и его влияния на лиц, разрабатывающих и определяющих политику .....	15
Научно-исследовательские потребности .....	17
Приложение 1. Рабочие и справочно-информационные документы .....	22
Приложение 2. Список участников.....	23



## ВВЕДЕНИЕ

Одной из составляющих политики, сформулированной для региональной задачи по достижению здоровья для всех 17 является снижение (у)потребления на душу населения. Если это вообще возможно, это положение должно быть дополнено конкретной стратегического характера ориентацией относительно уровней потребления алкоголя населением, связанным с наименьшим риском для физического, психологического и социального благополучия.

Уровни потребления населением алкоголя были рассмотрены на совещании рабочей группы экспертов из научно-исследовательских учреждений Европы, а также Канады и Новой Зеландии, проходившем 14–16 декабря 1994 г. Председательские функции на совещании выполняла г-жа Sally Casswell, а составителями отчета были д-р Jürgen Rehm и д-р Robin Room. Список рабочих документов и участников совещания дается в Приложениях 1 и 2, соответственно.

### ПОНИМАНИЕ СУММАРНОГО (АГГРЕГИРОВАННОГО) РИСКА, ИСХОДЯ ИЗ КРИВЫХ ИНДИВИДУАЛЬНОГО РИСКА И РАСПРЕДЕЛЕНИЯ (У)ПОТРЕБЛЕНИЯ

В эпидемиологии традиционно выделялись и подчеркивались последствия воздействия на здоровье или поведение на индивидуальном уровне с последующей экстраполяцией на базе данных, чтобы вынести заключения и сделать выводы о последствиях для здоровья на уровне населения. В таких выводах следует учитывать два имеющих решающее значение фактора: возможность парадокса предупреждения и взаимозависимость изменений поведения населения.

В зависимости от характера взаимосвязей между различными уровнями воздействия (в данном случае потребления алкоголя) и конечного эффекта<sup>1</sup> и распределение воздействия среди населения, большая часть суммарных, "совокупных" проблем может возникать на относительно низких уровнях воздействия. Так, например, большинство социальных и требующих своего срочного решения проблем, связанных с алкоголем, в промышленно развитых странах возникает в группах с умеренным потреблением, так как соответствующая кривая риска является почти линейной, а также потому, что большинство населения характеризуется этим видом поведения в том, что касается питейных привычек. Таким образом, стратегия профилактики, направленная по преимуществу на употребляющих чрезмерные количества алкоголя и подвергающихся наибольшему риску, была бы недостаточной. Данное явление получило наименование "профилактического парадокса". Однако профилактический парадокс не может быть применен ко всем результатам и конечным последствиям употребления алкоголя. Так, например, кривая риска между употреблением алкоголя и циррозом печени является экспоненциальной, в результате чего пьяница, употребляющий чрезмерное количество алкоголя, является причиной большинства проблем в данной области, хотя они и составляют лишь меньшинство среди населения.

Изменение связанных с употреблением алкоголя привычек и особенностей поведения одной из подгрупп населения влияет и на особенности "потребительского поведения" и других подгрупп. Большинство анализов изменений в употреблении алкоголя среди населения во временной динамике проявляло равнонаправленную тенденцию и пропорциональную соразмерность с первоначальным уровнем (у)потребления. Исключение составляли изменения, обусловленные слишком суровыми мерами вмешательства, такими как запрет или рационирование. В любом случае,

---

<sup>1</sup> В дальнейшем взаимосвязь между различными уровнями потребления алкоголя и конечными результатами будет обозначаться через т.н. "кривые риска".

необходимо будет рассмотреть возможные последствия, касающиеся изменения (у)потребления алкоголя в одной из подгрупп населения с точки зрения их влияния на питательные привычки других подгрупп.

## УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ НА ИНДИВИДУАЛЬНОМ УРОВНЕ

### Кривые риска (у)потребления алкоголя на индивидуальном уровне

Кривые риска служат для характеристики взаимоотношений между уровнями (у)потребления и конечными результатами. Такие кривые установлены для ряда неблагоприятных эффектов/последствий употребления алкоголя (смертность и заболеваемость, а также социальные и криминальные последствия). Однако в подавляющем большинстве исследований объектом основного внимания были основные виды смертности.

Неблагоприятные последствия употребления алкоголя включают злокачественные новообразования (рак ротовой полости, глотки, гортани, пищевода, печени и молочной железы; а также некоторые симптомы взаимосвязи "доза-реакция" между употреблением алкоголя и раком толстой/прямой кишки), повышение кровяного давления и геморрагический инсульт, заболевания сердца, не относящиеся к ишемической (коронарной) болезни сердца (ИБС), цирроз печени, симптомы алкогольной зависимости, уголовной преступности, а также социальных проблем. Все эти неблагоприятные последствия свидетельствуют об однозначной связи между употреблением алкоголя и последствиями: чем выше потребление, тем больше риск неблагоприятного или пагубного исхода.

В целом же благоприятные последствия умеренного употребления алкоголя были выявлены в отношении ИБС и ишемического инсульта. Что касается ишемического инсульта,

то по некоторым показаниям кривая риска является криволинейной, и поэтому употребление алкоголя в меньших количествах сокращает риск, тогда как употребление алкоголя в значительно больших количествах усиливает этот риск. Кроме того, есть подтвержденные данные о том, что пьяницы подвергаются повышенному риску ИБС по сравнению с трезвенниками.

### **J-образная кривая между употреблением алкоголя и общей (от всех причин) смертностью**

Приводимое ниже резюме основывается, главным образом, на эпидемиологических обследованиях мужчин в возрасте 40 лет и более. В последнее время выявлено больше фактических данных, касающихся употребления алкоголя и смертности среди женщин, однако исследования контингента в возрасте до 40 лет проводятся все еще редко. Осуществляемые в настоящее время исследования являются также ограниченными в географическом отношении (объектами исследования являются, главным образом, промышленно развитые страны).

Взаимосвязь между употреблением алкоголя и общей (от всех причин) смертностью является функцией распределения причин смерти внутри исследуемого контингента населения и кривых риска применительно к различным причинам смертности. Для большинства промышленно развитых стран общая взаимосвязь между потреблением алкоголя и общей (от всех причин) смертностью может быть изображена в виде буквы J применительно к обоим полам.

Тем не менее при рассмотрении различных возрастных групп взаимосвязь между потреблением алкоголя и смертностью от всех причин является линейной применительно к более молодым возрастным группам, причем как среди мужчин, так и женщин. Линейный риск на единицу потребляемого алкоголя является большим у женщин по сравнению с мужчинами. В группах более старшего возраста можно выявить криволинейную взаимосвязь в виде буквы J. Поскольку доля общей смертности, приходящаяся на группы лиц более старшего возраста, выше, то в той функции

применительно ко всем возрастам может быть изображена в виде буквы J.

Основа этой зависимости от конкретного возраста заключается в различных причинах смерти в различных возрастных группах в большинстве промышленно развитых стран. Так, например, в Соединенных Штатах причиной большинства смертных случаев мужчин в возрасте до 40 лет являются несчастные случаи и отравления (МКБ9 800-999 (англ.)), у женщин того же возрастного контингента – опухоль (МКБ9 140-239 (англ.)). Для обеих групп причины смертности на лицо прямая линейная взаимосвязь с алкоголем (чем больше потребление, тем выше риск смертности). Характер смертности меняется на протяжении жизни, и основной причиной смерти становятся сердечно-сосудистые болезни (мужчин – в возрасте свыше 40 лет, женщин – в возрасте старше 50), данные эпидемиологии свидетельствуют о защитном воздействии умеренного употребления алкоголя при сердечно-сосудистых заболеваниях, особенно при ИБС. О защитном эффекте алкоголя при ИБС свидетельствуют также биохимические данные. В настоящее время пока еще не ясно, является ли благотворный эффект употребления алкоголя долгосрочным и краткосрочным одновременно или же только краткосрочным.<sup>2</sup>

Точный возраст, когда взаимосвязь между потреблением алкоголя и изменениями в отношении смертности превращаются из линейной в криволинейную, зависит от характера и особенностей смертности в рассматриваемом Регионе. В странах, где ИБС не является одной из важнейших причин смерти, можно было бы ожидать, что взаимосвязь является линейной применительно ко всем возрастным группам. В Соединенных Штатах было установлено, что точка раздела приходится на 50-летний возраст. Эта точка раздела

---

<sup>2</sup> Поскольку контрольные исследования случаев (с измерением количественных параметров потребления приближенным к конечным результатам образом) свидетельствуют в среднем о более благоприятном воздействии, нежели при когортных исследованиях (где измерение потребления предшествует обычно появлению конечных результатов на годы), краткосрочное воздействие представляется вполне допустимым и возможным.

может измениться в будущем, с соответствующим снижением смертности от ИБС в Соединенных Штатах, а также в других промышленно развитых странах.

Линейная взаимосвязь между алкоголем и смертностью применительно к группам более молодого возраста, и криволинейная взаимосвязь применительно к более старшим возрастным группам остается стабильной для различных видов статистической коррективки в зависимости от режима и рациона питания, курения, возраста,<sup>3</sup> образование. Тем не менее роль социальных и психологических факторов, например, социальной интеграции, пока не изучен достаточным образом. J-образная связь между употреблением алкоголя и общей (от всех причин) смертностью может быть отчасти отражением защитного влияния социальной интеграции: лица, употребляющие алкоголь в умеренных количествах, являются более интегрированными в социальном отношении, нежели трезвенники или лица, употребляющие чрезмерные количества алкоголя.

Если "нездоровых трезвенников" изъять из сравниваемой группы (путем исключения лиц с анамнезом болезней и/или путем использования воздерживающихся от алкоголя на протяжении всей жизни, в качестве группы для сравнения вместо "воздерживающихся кратковременно"), то линейная взаимосвязь в более малых группах становится более выраженной, однако благотворное воздействие умеренного употребления не исчезает.

Эпидемиологические исследования, проводившиеся до настоящего времени, не дали убедительных подтверждений дифференцирующего эффекта различных видов напитков. (Ведутся некоторые биохимические исследования, свидетельствующие о большем защитном воздействии красного вина, однако этот вопрос еще весьма далек от своего окончательного разрешения.) Есть некоторые данные,

---

<sup>3</sup> При анализе крупных возрастных групп (например, от 25 до 59 лет), где показатели и уровни смертности существенно меняются внутри одной и той же возрастной группы, меняющийся возраст должен корректироваться в статистическом анализе.

свидетельствующие о том, что количество оказывает большее влияние, нежели частота в том, что касается неблагоприятного воздействия; однако особенности употребления алкоголя следовало бы изучить более детально в будущих исследованиях. Кроме того, есть определенные данные, указывающие на дифференцирующее влияние употребления алкоголя на смертность от ИБС применительно к курению: защитное действие является, вероятно, более выраженным в случае курящих.<sup>4</sup>

В большинстве эпидемиологических исследований по вопросам потребления алкоголя и смертности параметры такого потребления разработаны довольно слабо. Тем не менее есть некоторые свидетельства того, что при измерении параметров потребления классификационное соотношение между людьми в основном сохраняется. Поскольку исследование смертности основывается обычно на методике когорт и предполагает множество лет последующей по ним работе, то влияние недавних улучшений способов измерения станет прослеживаемым и явным лишь после завершения самых последних исследований.

### **Выводы на индивидуальном уровне**

Единственный благоприятный эффект, обнаруживаемый на индивидуальном уровне, касается подкатегорий сердечно-сосудистых болезней, в частности ИБС. За исключением ИБС выводы, сделанные на основании эпидемиологических данных, могут быть подытожены одной фразой: чем меньше потребление – тем лучше для здоровья.

Когда учитывается ИБС и в значительно меньшей степени ишемический инсульт, вывод должен делаться с привязкой к конкретной стране. По странам с низким уровнем распространенности ИБС (это, по преимуществу, страны,

---

<sup>4</sup> Такое влияние может полностью моделироваться путем обычных корректировок в отношении курения (т.е. путем включения в уравнение одной или двух модельных переменных для показа положения с курением). В результате данный эффект не был учтен почти во всех исследованиях, содержащих требования о корректировке на курение.

находящиеся за пределами Европейского региона) можно сделать заключение, что по всему спектру потребления алкоголя — чем меньше потребление, тем это лучше для здоровья.

Применительно к странам с высокой частотой заболеваемости ИБС вывод должен делаться с привязкой к возрасту. Тем не менее в более молодых возрастных группах, в которых риск ИБС почти отсутствует, можно сделать такие же выводы: по всему спектру употребления алкоголя — чем меньше потребление, тем это лучше для здоровья. В более точном выражении, водораздел между группами населения более молодого и более старшего возрастов зависит от особенностей смертности в рассматриваемой стране. Там, где показатель смертности является невысоким или уменьшается, разница между обоими контингентами может превышать 50-летний возраст.

В группах более старшего возраста с повышенным риском ИБС следует учесть культурные и социальные особенности употребления алкогольных и иных напитков. Чтобы алкоголь имел защитное действие, достаточно, по-видимому, ограничиться одной дозой в два дня. При индивидуальных рекомендациях употребляющим алкоголь нужно акцентировать преимущества употребления алкоголя, сопряженного с меньшим риском (в пределах одной-двух доз в день). Для лиц, воздерживающихся от употребления алкоголя и подвергающихся высокому риску ИБС есть альтернативные способы сокращения риска ИБС, как, например, повышенная физическая активность, изменения в рационе и режиме питания, прекращение курения и принятие аспирина.

## УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ НА СУММАРНОМ (АГГРЕГИРОВАННОМ) УРОВНЕ

### Распределение (у)потребления

Распределение (у)потребление алкоголя может быть охарактеризовано как смешанное, с разбивкой на тех, кто не

пьют, и тех, кто употребляет алкоголь хотя бы время от времени. Члены первой из этих групп сконцентрированы, разумеется, на одном уровне (у)потребления (нулевое) без дисперсии.

Распределение тех, кто употребляет алкоголь хотя бы изредка, может быть изображено в логарифмически примерно нормальном виде, с пиком на более низких уровнях в (у)потребления и весьма длинным хвостом по правой стороне. Второй пик на правой стороне высокого уровня потребления не выявлен ни в одной из стран. Такой пик свидетельствовал бы о частичном совпадении значений по двум различным контингентам, например, неалкоголиков и алкоголиков. Процентные значения контингента населения по правую сторону, наоборот, однозначно снижаются по мере увеличения потребления. Логарифмически нормальное распределение предполагает также, что наиболее вероятная (модальная) величина потребления меньше недельного, которое, в свою очередь, меньше, чем среднее значение.

Эмпирические анализы сдвигов и изменений в распределении потребления алкоголя указывают на последовательный характер связи между процентной долей выпивающих чрезмерное количество алкоголя среди населения со средним значением. Повышение среднего потребления идет увеличением процентных долей употребляющих чрезмерные количества алкоголя, тогда как уменьшение среднего потребления сокращает процентную долю употребляющих чрезмерное количество. Такое соотношение верно и в перекрестном, с точки зрения культур, смысле: чем выше средний уровень потребления в стране, тем выше процент употребляющих чрезмерные количества, и чем ниже среднее потребление, тем меньше процент употребляющих чрезмерные количества алкоголя. Следует отметить, что в такого рода взаимоотношениях проявляются не столько естественные законы, сколько сильно выраженные эмпирические тенденции.

Охарактеризованные выше соотношения не расходятся с т. н. "теорией социальной сети" потребления алкоголя, согласно которой каждый пьющий влияет на выпивки в других конкретных условиях употребления спиртных напитков, где каждое индивидуальное изменение в потреблении,

обусловленно любым частным фактором, является, как правило, пропорциональным уже потребленному количеству.

### **Исследования суммарного уровня о последствиях употребления алкоголя**

Анализы суммарного, итогового уровня необходимо проводить для обоснования результатов исследований индивидуального уровня и теоретических выводов о последствиях изменений в распределении. Перекрестное подтверждение результатов индивидуального уровня являются особенно убедительными, так как для обоих видов исследований характерны, как правило, различные источники ошибок и погрешностей.

Итоговые перекрестно-секционные исследования менее важны, так как они подвержены экологически обусловленным ошибкам. В прошлом казалось, что конечные результаты таких исследований в очень большой степени зависели от того, какой потенциальный смешивающий фактор добавлялся. Более подходящим способом для решения вопроса о возможных преимуществах и рисках, связанных с употреблением алкоголя, представляется временной серийный анализ. Тем не менее, во временной структуре последствий потребления алкоголя приходится принимать априорные решения. Кроме того, временной серийный анализ зависит от наличия сравнимых данных о зависимых, независимых и смешивающих переменных применительно к более долгим периодам времени (не менее 30 частных значений).

По сравнению с исследованиями индивидуального уровня проводилось очень небольшое число временных серийных анализов по различным конечным результатам и эффектам потребления алкоголя. Существенными исключениями являются исследования потребления алкоголя и самоубийств, а также по вопросам потребления алкоголя и цирроза печени, где в целом установлены положительные взаимосвязи и отношения (чем выше потребление, тем выше риск самоубийства и цирроза). В районах с высоким уровнем потребления на душу населения установлено, что употребление алкоголя связано

положительно с общей смертностью. Кроме того, в результате временного серийного анализа получены некоторые данные, подтверждающие прямую связь между употреблением алкоголя и следственными уголовными деяниями, включая убийства.

Исследование вопросов употребления алкоголя и смертности от ИБС в трех странах, подготовленное для настоящей рабочей группы, подтвердило защитный эффект потребления алкоголя. Исследование позволило смоделировать тяжелые (= одновременные) последствия потребления алкоголя для ИБС.

### **Здравоохраненческие последствия J-образной кривой для смертности по суммарным причинам**

Самый низкий уровень потребления алкоголя в том, что касается риска смертности населения, не соответствует самому низкому уровню в отношении индивидуальной смертности. В соответствии с правилом пропорциональности (т.е. в случае того или иного изменения в потреблении населением индивидуальные изменения в потреблении пропорциональны прежнему базовому индивидуальному потреблению), наименьший риск смертности населения связан со значительно более низкими уровнями потребления алкоголя, чем наименьший индивидуальный риск смертности.<sup>5</sup> Даже когда это правило не совсем точно и строго применимо, наименьший риск смертности населения приходится на более низкие уровни потребления алкоголя, чем наименьший риск индивидуальной смертности. Причина этого явления заключается во взаимозависимости изменений потребления среди населения.

Наличие неконтролируемых смешивающих факторов в индивидуальных исследованиях может увеличить разницу между самыми низкими уровнями риска смертности при потреблении алкоголя отдельными лицами и населением. Так,

---

<sup>5</sup> Если, при использовании моделирования с вероятными допущениями, уровень индивидуального риска принимается за 20–30 граммов чистого спирта в день – или 10–15 литров в год, – то наименьший уровень риска смертности населения равен одной пятой или 2–3 литрам на душу населения в возрасте 15+.

например, комбинирование двух подгрупп с различными показаниями абсолютного риска различными расхождениями, дисперсиями в распределении потребления, но с тем же относительным J-образным риском, ведет к сочетанию относительного риска смертности с наименьшим уровнем риска при более высоких уровнях потребления, чем в любой из вышеуказанных двух подгрупп. Это показано в табл. 1.

Таблица 1. Гипотетический пример смешивающей переменной, приводящей к искажениям как в значении уменьшения риска, так и в оптимальном уровне в случае J-образных кривых риска (потребление и риск в произвольных единицах).

Уровень потребления	Риск в группе 1	Риск в группе 2	Процентная доля в группе 1	Совокупный риск	Совокупный относительный риск
0	1,00	2,00	50	1,50	1,00
1	0,90	1,80	60	1,26	0,84
2	0,95	1,90	70	1,24	0,82
3	1,00	2,00	80	1,20	0,80
4	1,20	2,40	70	1,56	1,04
5	2,00	4,00	60	2,80	1,87
6	4,00	8,00	50	6,00	4,00

В табл. 1 делается предположение, что население может быть подразделено на две различные группы лиц в зависимости от их социальных связей – с небольшой и с большой степенью интеграции, соответственно.

Алкоголь считается имеющим действительно защитное действие, и внутри обих групп употребляющие алкоголь умеренно (первый уровень потребления) подвергаются наименьшему риску. На более высоких уровнях потребления риск возрастает, однако на следующем уровне (у)потребления некоторый защитный эффект все еще сохраняется (т.е. риск на втором уровне потребления все еще ниже риска, которому подвергаются совсем воздерживающиеся от употребления). На более высоких уровнях потребления риск считается ускоряющимся. Эта характеристика является

одинаковой в обеих группах, однако считается, что слабо интегрированная группа подвергается вдвое большему риску, нежели прочно интегрированная группа на всех уровнях потребления. Считается, что составляющий заведомое большинство в промежуточных категориях потребления, так как доминирование ее является менее выраженным на обоих полюсах крайних значений.

Можно убедиться в том, что наименьший риск приходится не на категорию с наименьшим потреблением, а на третий уровень потребления. Поэтому отсутствие контроля за социальной интеграцией создало бы впечатление защитных эффектов по слишком обширному диапазону уровней (у)потребления. Далее, если действительное уменьшение риска составляет лишь 10% (от 1% до 0,9% при первом уровне потребления и с 2% до 1,8% на втором уровне), то суммарная функция риска указывает на защитный эффект, равный 20%. Следовательно, J-образный смешивающий фактор, как, например, социальная интеграция, может значительно завести действительное защитное воздействие и привести к отклонениям в сторону более высоких уровней потребления. Разумеется, в таком случае будет необходимо проконтролировать социальные факторы, прежде чем можно будет сделать наверняка выводы на основании эпидемиологических данных.

Учитывая, что уровень наименьшего риска смертности на уровне населения известен, при необходимости разработки руководящих принципов в отношении населения, основывающихся только на данных по смертности, следовало бы учесть охарактеризованное совокупное воздействие, а также индивидуальные колебания и отклонения. При этом особенно следует учитывать следующие моменты.

- Усиление потребления алкоголя в одной подгруппе населения может вызвать множество изменений и в других частях населения, в результате чего возрастает суммарный риск. При этом особенно следует избегать неумышленных последствий для групп, уже употребляющих алкоголь на уровнях высокого риска.

- В руководствах для населения следует учитывать запас прочности/коэффициенты безопасности, равно как и меры безопасности и регламентирующие предписания в других областях (например, ограничение скорости на транспорте, нормативы безопасности для токсических химических веществ).

### **Выводы на суммарном уровне**

Единственным благоприятным эффектом, заметным на суммарном уровне, является эффект в отношении ИБС. За исключением ИБС вывод по анализам суммарного уровня можно подытожить одним предложением: по всем направлениям (у)потребления алкоголя — чем меньше потребление, тем это лучше для здоровья.

Учитывая ИБС, данный вывод должен рассматриваться конкретно для каждой страны. Относительно стран с низкой частотой распространения ИБС можно сказать следующее: применительно ко всем видам употребления алкоголя: чем меньше потребление, тем это лучше для здоровья. Для стран с высоким уровнем распространенности ИБС политика в области общественного здравоохранения должна заключаться в дальнейшей рекомендации уменьшения потребления на душу населения. Даже с учетом только лишь смертности данная политика кажется приемлемой и подходящей почти для всех промышленно развитых стран, поскольку наименьший риск смертности для населения (2–3 литра на душу населения в год в возрасте 15+) приходится на более низкий уровень потребления алкоголя, чем нынешнее потребление на душу населения в этих странах. Однако здравоохранительная политика в области потребления алкоголя не должна основываться только лишь на смертности. Все неблагоприятные последствия употребления алкоголя, каковыми являются смертность, заболеваемость, плохое качество жизни, социальные и уголовные последствия, должны учитываться.

Однако, поскольку ИБС относится к числу основных причин смертности в большинстве промышленно развитых стран, последствия благоприятного воздействия употребления

алкоголя для такого конечного эффекта должны изучаться более тщательным образом. С точки зрения общественного здравоохранения, доскональное знание этих двух процессов необходимо для того, чтобы можно было сделать дополнительные рекомендации.

- Является ли благоприятный эффект главным образом “острым” эффектом или же стабильное потребление алкоголя в течение достаточно длительного периода времени является необходимым для обеспечения защиты от ИБС?
- Какие другие виды поведения могут заменить благоприятное воздействие алкоголя на ИБС? В какой степени другой вид поведения замещает, вместо того, чтобы быть дополнением, положительное действие употребления алкоголя? Каковы эффективные, с точки зрения затрат и результатов, соотношения, пропорции такого “заместительного”, “компенсаторного” поведения?

## ШИРОКОЕ ОБСУЖДЕНИЕ ПОСЛЕДСТВИЙ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ И ЕГО ВЛИЯНИЯ НА ЛИЦ, РАЗРАБАТЫВАЮЩИХ И ОПРЕДЕЛЯЮЩИХ ПОЛИТИКУ

Благоприятное воздействие умеренного потребления алкоголя на ИБС стало объектом более пристального внимания средств массовой информации<sup>6</sup>, чем другие исследования, представляющие алкоголь в качестве фактора риска, приводящего к различным неблагоприятным последствиям. Эта

---

<sup>6</sup> Часть этого внимания обусловлена тем, что такая информация хорошо подходит к идеологической обстановке в 80-х и 90-х годах, которая может быть охарактеризована как сдвиг от государственной регламентации в сторону индивидуальной свободы. Эта атмосфера повлияла также на дискуссии и отношение общественности и населения к вопросам потребления алкоголя.

информация используется алкогольной промышленностью и другими группами давления, чтобы повлиять на государственную политику в отношении алкоголя, а также для увеличения потребления и опровержения противоположных утверждений работников общественного здравоохранения.

С точки зрения общественного здравоохранения благоприятный эффект умеренного потребления на ИБС следовало бы рассматривать совместно со всеми другими последствиями употребления алкоголя. В настоящее время не выдвинут сколько-нибудь убедительный аргумент, чтобы можно было изменить нынешнюю политику здравоохранения в отношении алкоголя, включая политику в отношении возраста, начиная с которого разрешается употреблять алкоголь по закону, произвольную проверку дыхания на алкоголь для установления предельно допустимых величин содержания алкоголя в крови при вождении, или налогообложении на алкогольные напитки.

При обсуждении последствий употребления алкоголя всегда следует стремиться проводить различия между индивидуальным уровнем и уровнем, действующим в среднем в отношении населения. В определенных клинических ситуациях может быть вполне приемлемым, если врач рекомендует 65-летнему человеку с массой тела, превышающей среднюю, и с семейным анамнезом болезни сердца, употреблять регулярно в умеренных количествах алкоголь для уменьшения возможного риска инфаркта миокарда, особенно если иные попытки изменить другие поведенческие компоненты закончились безуспешно. Такие клинические случаи не могут и не должны обобщаться до популяционных уровней. В частности, пока еще отсутствуют достаточные знания, которые бы позволяли заявлять во всеуслышание и рекомендовать всем воздерживающимся от алкоголя употреблять умеренные его количества, чтобы избежать ИБС.

По-видимому, уже имеется определенный спрос на руководства по употреблению алкоголя, не ведущему к какому-либо повышению риска. Однако составление таких руководств было бы весьма нелегким делом. С научной точки зрения такие руководящие предписания были бы неизбежно весьма

сложными, так как при составлении их пришлось бы учитывать параметры, связанные с принадлежностью к полу, возрасту и с особенностями употребления алкоголя. Более того, в таких руководящих принципах и предписаниях необходимо рассмотреть также пути и способы воздействия на общественность и населением последствий потребления алкоголя, политики в области общественного здравоохранения, а также на позиции и отношение к потреблению алкоголя в целом среди населения.

Распространение информации среди широких масс населения и общественности с помощью СМИ могло бы иметь нежелательные последствия, и информация эта должна будет формулироваться иначе, чем советы и рекомендации, обращенные к отдельным лицам.

## НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЕ ПОТРЕБНОСТИ

Возможно, определенные области потребуют своего более полного исследования, чтобы можно было обеспечить должную ориентацию при формулировании курса политики общественного здравоохранения в вопросах потребления алкоголя. Наибольшую важность имеют особенно три области, а именно:

- Улучшение состояния наших знаний о кривых риска на индивидуальном и суммарно-обобщенном уровнях в отношении потребления алкоголя и последствиях, не относящихся к смертности.

Эти данные необходимы, так как рекомендации в области общественного здравоохранения не могут основываться только лишь на смертности, а должны включать также все другие последствия употребления алкоголя.

- Улучшение нашего понимания, характеризующегося сдвигом структуры в отношении благоприятного

воздействия алкоголя на ИБС, благодаря проведенным биологическим, химическим или эпидемиологическим исследованиям, а также возможности замены данного воздействия на ИБС с помощью других средств (например, путем изменения диеты, использования определенных лекарственных препаратов или с помощью других бихевиоральных мер).

Данное исследование необходимо для улучшения состояния знаний о профилактических мерах в отношении ИБС в различных возрастных группах.

- Улучшение наших знаний о динамике изменений в распределении потребления алкоголя среди населения.

Данные знания необходимы для того, чтобы избежать нежелательных неблагоприятных последствий рекомендаций по линии здравоохранения в определенных подгруппах потребителей.

Помимо акцентирования этих трех основных областей исследования, участники совещания выявили следующие исследовательские потребности.

#### *Эпидемиологические исследования на индивидуальном уровне:*

- исследования с использованием проб, взятых у более молодых групп населения;
- лучшее понимание взаимодействия между курением и алкоголем и воздействием на смертность;
- исследование, охватывающее социальные и психологические смешивающие факторы, особенно влияние социальной интеграции и социальных сетей;
- изучение того, в какой степени воздерживающиеся от алкоголя и пьющие немного отличаются в плане процессов самоотбора на начальной стадии предстоящих исследований и возможных последствий таких различий;

- исследования, осуществляемые с охватом других лекарственных средств, включая возможные взаимодействия с медицинскими препаратами (особенно бензодиазепином и противозачаточными средствами);
- исследования, включающие различные меры в отношении употребления алкоголя, с особым акцентированием особенностей потребления (например, при предельном употреблении алкоголя, употреблении алкоголя во время еды);
- утверждение мер, связанных с потреблением, включая меры, касающиеся особенностей такого потребления алкоголя.

Большая часть этих вопросов может решаться с помощью повторного анализа и/или метаанализа имеющихся наборов данных. Такие анализы следует проводить не столько комбинируя опубликованные данные, сколько через вхождение в первоначальные массивы данных. При этом следует применять статистические методы, позволяющие осуществлять передачу результатов из одного исследования, с измерением интересующих переменных (например, по вопросу социальной изоляции), к другим данным, касающимся того же контингента населения.

*Эпидемиологические исследования на уровне обобщения:*

- исследование взаимосвязей в отношении результатов и последствий употребления алкоголя, которые не анализировались раньше (конечные результаты и последствия в отношении рака, уголовные и социальные последствия, различные причины смертности, включая ИБС);
- анализ взаимоотношения между потреблением алкоголя и соматической смертностью по всем причинам, особенно в условиях культур, характеризующихся низкими уровнями потребления;

- исследование суммарного уровня для рассмотрения последствий “естественных экспериментов”, меняющих содержание и условия употребления алкоголя.

*Интегрирование эпидемиологических знаний при разработке и формулировании политики здравоохранения и рекомендаций:*

- анализ последствий изменений в распределении употребления алкоголя среди населения, особенно применительно к подгруппам;
- разработка моделей для включения последствий таких изменений при распределении среди населения для непьющих;
- данные биологических, химических или эпидемиологических исследований, подтверждающие структурный гистерезис/запаздывание благотворного воздействия алкоголя на ИБС;
- изучение вопроса замены других средств (например, изменение рациона и режима питания, использование других лекарственных средств, прочие бихевиоральные меры) для достижения предполагаемого защитного воздействия алкоголя на ИБС;
- изучение восприимчивости к руководящим указаниям/предписаниям и их последствий в различных группах населения (особенно в том, что касается собственных привычек, связанных с употреблением алкоголя) желательно путем анализа “естественных экспериментов” или путем проведения “полевых” опытов;
- исследование влияния распространения информации по каналам СМИ.

*Формулирование политики общественного здравоохранения в отношении алкоголя:*

- изучение последствий воздействия на общество и политического эффекта рекомендаций, адресованных широким массам населения и общественности;
- изучение роли алкогольной промышленности и других ключевых заинтересованных групп в разработке и определении политики в отношении алкоголя.

*Приложение 1***РАБОЧИЕ И СПРАВОЧНО-ИНФОРМАЦИОННЫЕ  
ДОКУМЕНТЫ<sup>7</sup>***Рабочие документы*

- EUR/ICP/ALDT 94 02/MT07/6 *Public discourse on benefits of moderation*  
S. Casswell
- EUR/ICP/ALDT 94 02/MT07/7 *Alcohol consumption and CHD-mortality*  
T. Norström and A. Romelsjö
- EUR/ICP/ALDT 94 02/MT07/8 *Alcohol consumption and all-cause mortality*  
J. Rehm et al.
- EUR/ICP/ALDT 94 02/MT07/9 *Public health consequences of the J-curve  
hypothesis of alcohol problems*  
O. J. Skog

*Справочно-информационные материалы*

- Edwards, G. et al. *Alcohol policy and the public good.*  
Oxford, Oxford University Press, 1994

---

<sup>7</sup> Экземпляры этих документов можно получить в Отделении АДТ Европейского регионального бюро ВОЗ по адресу: 8 Scherfigsvej, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark.

*Приложение 2***СПИСОК УЧАСТНИКОВ****Временные консультанты**

Susan Bondy

Фонд по исследованиям зависимости, Торонто, Канада

Sally Casswell

Адъюнкт-профессор, Оклендский университет, Новая Зеландия  
(Председатель)

Профессор Griffith Edwards

Отделение по исследованию зависимости, Лондон, Соединенное  
Королевство

Профессор A. Hamid Ghodse

Медицинская школа больницы Святого Георга, Лондонский  
университет, Соединенное Королевство

Д-р Norman Giesbrecht

Фонд по исследованиям зависимости, Торонто, Канада

Профессор Michael Marriot

Лондонская медицинская школа Университетского колледжа,  
Соединенное Королевство

Д-р Thor Norström

Институт социальных исследований, Стокгольмский  
университет, Швеция

Д-р Jürgen Rehm

Фонд по исследованиям зависимости, Торонто, Канада  
(Составитель отчета)

Д-р Robin Room

Фонд по исследованиям зависимости, Торонто, Канада  
(Составитель отчета)

Профессор Ole-Jørgen Skog

Национальный институт исследований в области алкоголя и  
лекарственных средств, Осло, Норвегия

## Европейское региональное бюро ВОЗ

Peter Anderson

И.о. научного сотрудника, Европейский план действий в  
области алкоголя