

Немцов Александр Викентьевич

Алкогольная история России: Новейший период. — М.: Книжный дом «ЛИБРОКОМ», 2009. — 320 с.

В настоящей книге поэтапно описаны события и явления, связанные с потреблением алкоголя в России, начиная с 1950-х и до 2000–2003 гг. на фоне политических и социальных процессов в стране. Особое внимание уделено предыстории, истории и последствиям антиалкогольной кампании 1985 г. и рыночных реформ 1992 г. Помимо событийной стороны новейшей алкогольной истории России даются количественные показатели динамичной алкогольной ситуации в стране.

Книга адресована ученым-исследователям — социологам, демографам, медикам, а также практическим работникам в области здравоохранения и социального развития.

Издательство «Книжный дом «ЛИБРОКОМ»».
117312, Москва, пр-т Шестидесятилетия Октября, 9.
Формат 60×90/16. Печ. л. 20. Зак. № 1989.

Отпечатано в ООО «ЛЕНАНД».
117312, Москва, пр-т Шестидесятилетия Октября, 11А, стр. 11.

ISBN 978–5–397–00304–9

© А. В. Немцов, 2008

© Книжный дом «ЛИБРОКОМ», 2008

НАУЧНАЯ И УЧЕБНАЯ ЛИТЕРАТУРА	
	E-mail: URSS@URSS.ru
	Каталог изданий в Интернете: http://URSS.ru
	Тел./факс: 7 (499) 135–42–16
	Тел./факс: 7 (499) 135–42–46



2007359974

Все права защищены. Никакая часть настоящей книги не может быть воспроизведена или передана в какой бы то ни было форме и какими бы то ни было средствами, будь то электронные или механические, включая фотокопирование и запись на магнитный носитель, а также размещение в Интернете, если на то нет письменного разрешения владельцев.

Дочери, ей же — помощнице.

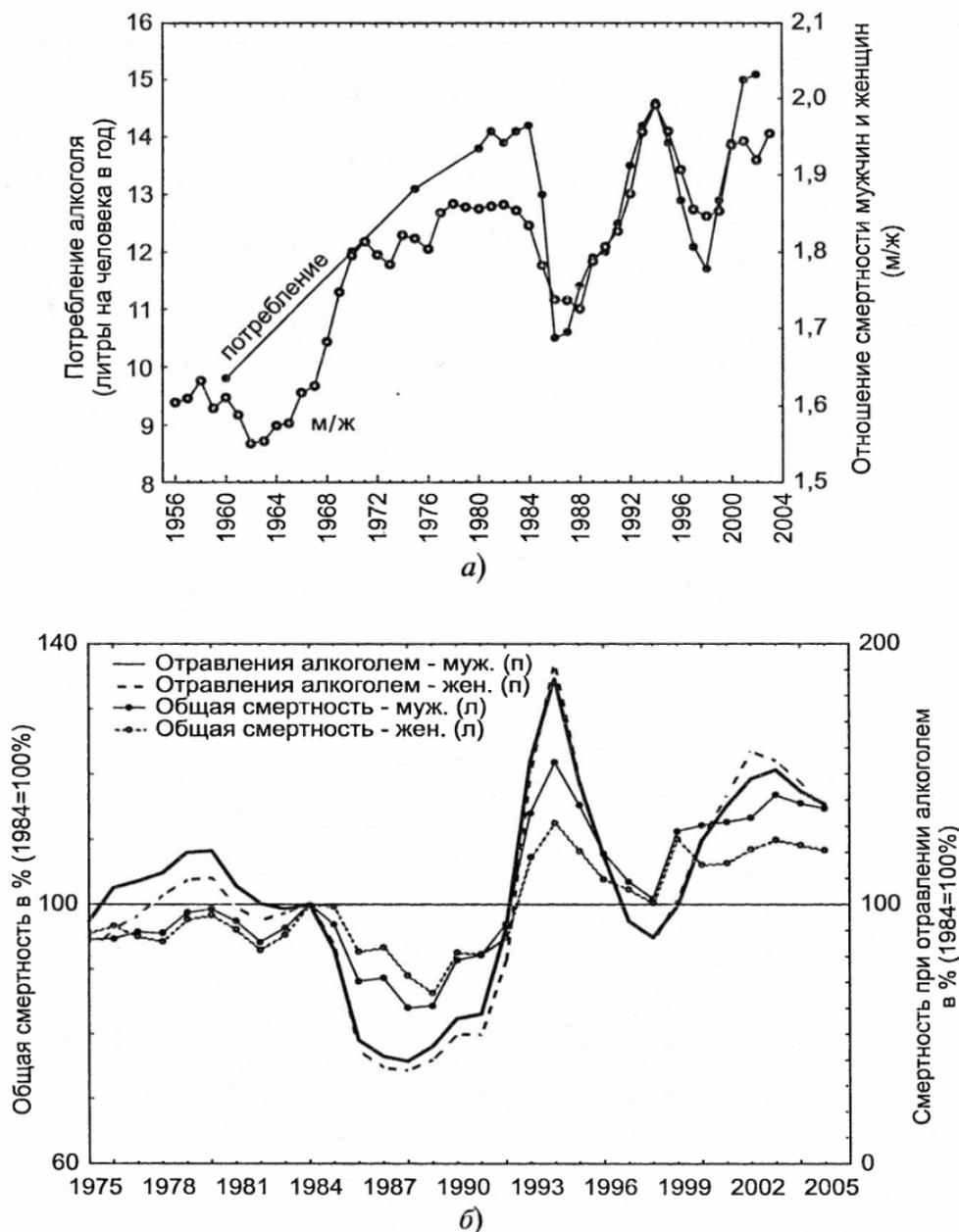


Рис. 2-22. Соотношение смертности мужчин и женщин в России. А — отношение общей смертности мужчин и женщин в сопоставлении с потреблением алкоголя (1956–2003), Б — соотношение смертности общей и при отравлении алкоголем мужчин и женщин

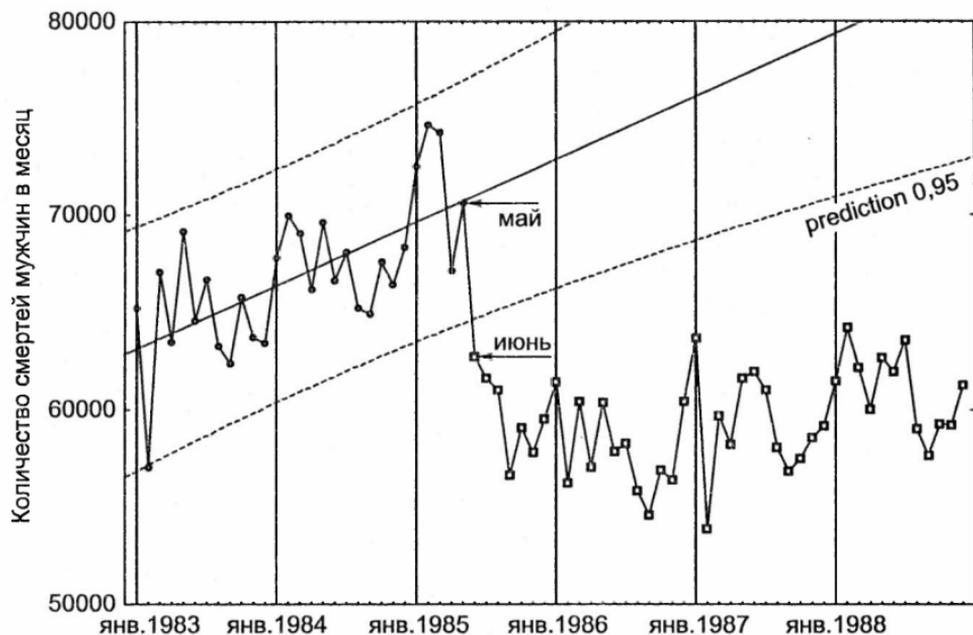


Рис. 2-23. Ежемесячное количество умерших мужчин в России с января 1983 г. по декабрь 1988 г. (источник: Андреев, 2002). Стрелками отмечены последний перед (май, 1985) и первый после начала антиалкогольной кампании (июнь, 1985). Данные, значительно отличаются от предшествующей тенденции, отмечены квадратами

проведения приблизило ее к научному эксперименту. Безграмотная по замыслу и скандальная по реализации кампания дала уникальную возможность оценить реальные масштабы алкогольной смертности. Это стало возможным благодаря тому, что в первые годы ее проведения снижение алкоголизации населения было единственной или почти единственной причиной снижения смертности. Важно и то, что до ее начала оценки потребления алкоголя были относительно стабильным: в 1980–1984 гг. 13,8–14,2 литра на человека в год (таблица 1).

Существенное снижение смертности мужчин произошло уже в первый месяц кампании (Андреев, 2002; рис. 2-23), которая началась 1 июня 1985 г. У женщин снижение достигло значимого уровня через три месяца кампании.

На втором году кампании (1986) смертность была меньше на 203,5 тысячи или на 12,3 % от общего числа смертей в 1984 г. (точнее, от уровня регрессии 1965–1984 гг.; рис. 2-19). За это время среднедушевое потребление алкоголя снизилось на 3,7 литра, а зависимость смертности от потребления в 1984–1987 гг. была линейной (т. е. прямо

уровня потребления алкоголя только на 1 литр сохраняло жизнь 58,4 тысячам человек в год.

Эти выводы не следует понимать как призыв к повторению кампании, которая была ошибочным политическим решением — России требуется не кампания, а планомерная и долгосрочная алкогольная политика, направленная на медленное, постепенное, но неуклонное снижение потребления алкоголя. Кампания еще раз показала, что политический экстремизм не может привести к устойчивому улучшению алкогольной ситуации в стране.

Существует распространенное мнение, что снижение смертности в нашей стране во второй половине 1980-х гг. было обусловлено эйфорией от перестройки и новыми социальными надеждами (например, Varnik et al., 1998). Вполне исключить этот фактор трудно, но в настоящее время нет никаких научных данных, подтверждающих такое объяснение. С другой стороны, имеются неоспоримые факты резкого снижения госпродажи спиртных напитков (таблица 1), снижения всех жестко зависящих от алкоголя показателей, таких как заболеваемость алкогольными психозами (рис. 2-21), смертность при отравлении алкоголем (рис. 2-20), общая смертность, особенно у мужчин и, что особенно важно, уже в первый месяц антиалкогольной кампании (Андреев, 2002; рис. 2-23), смертность при циррозах печени (рис. 2-11), насильственная смертность в состоянии опьянения, а также преступность пьяных (Преступность и правонарушения в СССР, 1990).

Уменьшение заболеваемости алкогольными психозами (рис. 2-21) и смертности при отравлении алкоголем (рис. 1-12 и 2-20) свидетельствует о том, что алкоголики, которые являются единственными или главными поставщиками перечисленных выше диагнозов, стали пить существенно меньше во время антиалкогольной кампании. Это противоречит устойчивому представлению, бытовавшему в населении, что во время кампании «алкоголики как пили, так и пьют».

Общие выводы об алкогольной смертности и сохраненных жизнях во время кампании, сделанные на основе общего количества умерших в это время, будут верны как в случае расчетов на основе простого показателя смертности на 100 000, так и нового стандарта ВОЗ на 1 000 000 мужчин и женщин (рис. 2-25). Преимущество показателя общего количества умерших состоит в том, что он дает более ясное представление об ужасающих масштабах алкогольной смертности в России.

При этом надо помнить, что люди с риском алкогольной смерти и сохранившие жизнь во время кампании умерли бы, не будь кампании. Но это была бы не вся алкогольная смертность, а только та ее часть,

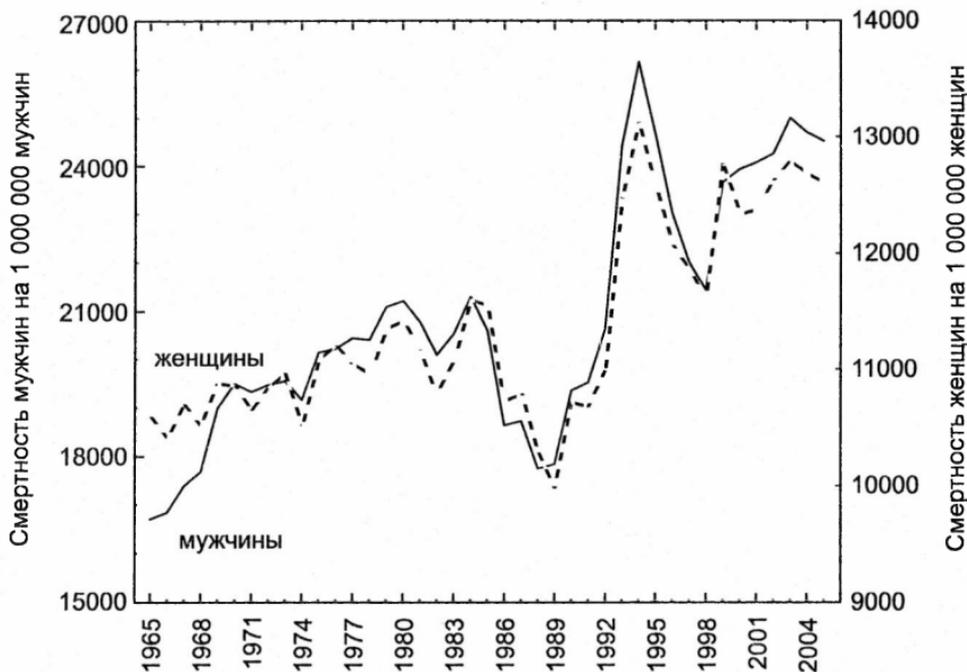


Рис. 2-25. Смертность мужчин и женщин в 1965–2003 гг. (новый стандарт ВОЗ)

которая обусловлена потреблением в пределах 10,5–15,0 литров алкоголя. А 10,5 литров алкоголя в год — это очень высокий уровень потребления, который также вносит существенный вклад в смертность. Поэтому 181 тысяча смертей в год — это не вся алкогольная смертность, а только ее часть, которая будет определена ниже.

Алкогольная смертность в 1992–1994 гг.

После резкого снижения смертности в начале антиалкогольной кампании с 1987 г. начался ее возвратный рост (рис. 2-19), а с 1992 г. этот рост для мужчин принял галопирующий характер (рис. 2-24 а). Смертность достигла максимума в 1994 г., после чего началось ее снижение. В 1997 г. количество смертей мужчин уже не отличалось существенно от тенденции, сформировавшейся в 1965–1984 гг. (рис. 2-24 а). У женщин это произошло раньше, в 1995 г. (рис. 2-24 б), а рост их смертности в 1994 г. был небольшим сравнительно с мужской.

Оценить размеры алкогольной смертности в короткий период 1992–1994 гг. трудно, несмотря на очень высокую значимость коэффициента регрессии смертности по алкоголю. Это тот пример, когда статистическая значимость ничего не значит — расчеты приводят к парадоксу:

мужской, что соответствует гендерным различиям алкоголизации. В доле-вом отношении алкогольная смертность женщин при самоубийствах и заболеваниях поджелудочной железы в два раза меньше, чем у мужчин, и мало отличается при циррозах печени (рис. 2-32 а). Доля сердечно-сосудистой смертности женщин, связанная с алкоголем, в 1,7 раза меньше мужской. Однако, в абсолютном выражении эти смерти у мужчин всего на 13,4 % больше, чем у женщин за счет того, что женщины с сердечно-сосудистыми диагнозами умирают в 1,5 раза чаще мужчин (рис. 2-32 б).

Поражает очень высокая доля алкогольной смертности при убийствах, причем, эта доля у женщин лишь немного меньше, чем у мужчин — *в России семь из десяти убийств так или иначе связаны с алкоголем*. Это близко к данным судебно-медицинской экспертизы о доле убитых с алкоголем в крови (смотри ниже).

Самоубийства по отношению к потреблению алкоголя существенно отличаются от убийств. Во-первых, тем, что самоубийства женщин в 2 раза меньше зависят от алкоголя в сравнении с самоубийствами мужчин (рис. 2-32 а). Если учесть, что завершённые самоубийства женщин случаются в 4 раза реже мужских, то вклад алкоголя, потребляемого женщинами, в общую смертность при самоубийствах составляет 5,3 %, тогда как в мужскую 44,3 % (в 8 раз больше). По сути дела, проблема «алкоголь и самоубийства» — это мужская проблема.

Динамика других классов смертности от внешних причин представлены на рис. 2-33 а и 2-33 б: как у женщин, так особенно у мужчин все крупные виды этой смертности отреагировали снижением на снижение потребления алкоголя в начале антиалкогольной кампании и увеличением в начале рыночных реформ.

Самый высокий вклад в алкогольную смертность у сердечно-сосудистых заболеваний (или диагнозов) — 194,4 тысячи смертей в год, хотя доля этих смертей в общей сердечно-сосудистой смертности сравнительно невелика (19,4 %). Это больше, чем вклад всех внешних причин (152,6 тысячи) при очень высоком доле участия алкоголя в этих видах смертей (60,8 %). Зависимость от употребления алкоголя отдельных видов сердечно-сосудистой смертности представлена на рис. 2-34.

Факт такой зависимости можно считать новым только в количественном выражении: о важности алкоголя в сердечно-сосудистой смертности в России вероятно первым писал Соломатин (1988), который на большом материале показал прямую связь с алкоголем значительной части случаев внезапных смертей при ишемической болезни сердца. Позже о зависимости сердечно-сосудистой смертности от алкоголя писала Вирганская (1991), еще позже — английские исследователи

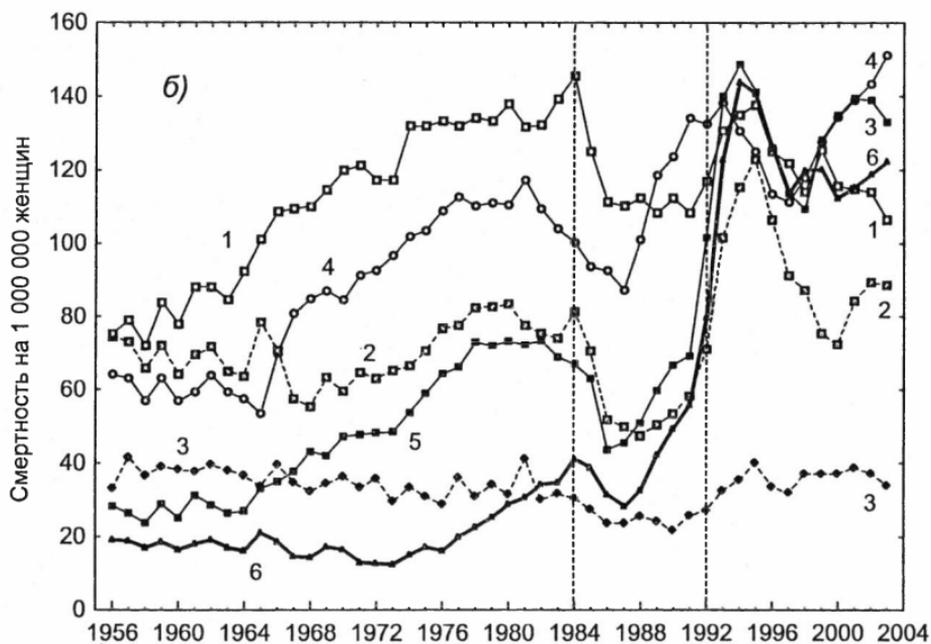
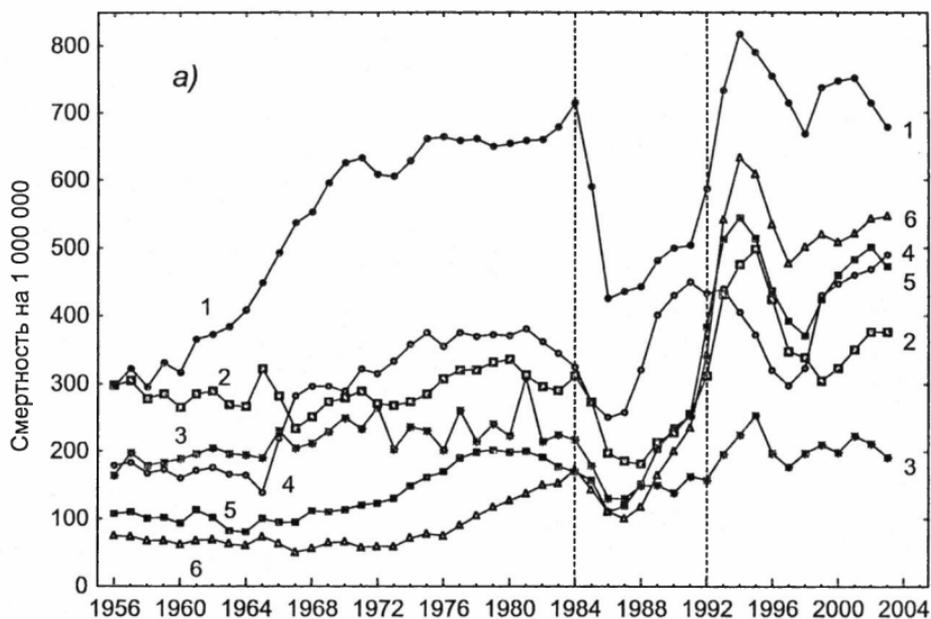


Рис. 2-33. Динамика основных видов смертности от внешних причин мужчин (а) и женщин (б) в 1956–2003 гг. (новый стандарт ВОЗ). 1 — самоубийства, 2 — другие несчастные случаи, 3 — утопления, 4 — автотранспортные травмы, 5 — убийства, 6 — повреждения без уточнения

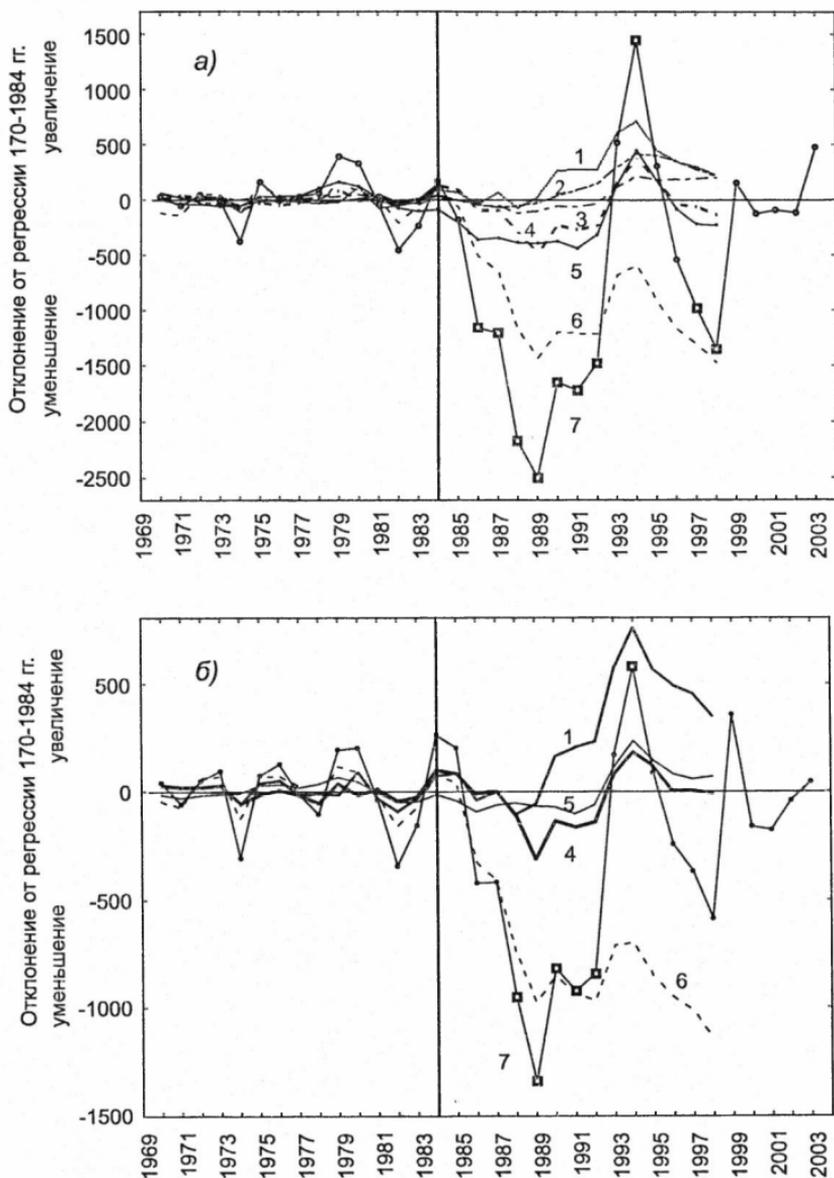


Рис. 2-34. Динамика основных видов сердечно-сосудистой смертности мужчин (а) и женщин (б) в 1970–2003 гг. (новый стандарт ВОЗ). 1 — прочие смерти, 2 — другие болезни сердца, 3 — сосудистые поражения мозга с гипертонической болезнью, 4 — сосудистые поражения мозга без гипертонической болезни, 5 — другие формы ишемической болезни сердца без гипертонической болезни, 6 — кардиосклероз атеросклеротический без гипертонической болезни, 7 — общая сердечно-сосудистая смертность. Линейный тренд исключен

(Chenet et al, 1998 b, McKee, Britton, 1998). Они нашли, что в Москве наибольшая смертность при сердечно-сосудистых заболеваниях бывает с субботы по понедельник, и связали это с периодом максимального потребления алкоголя. По мнению английских авторов, особое значение для сердечно-сосудистой смертности в России имеет характер потребления спиртного в виде т. н. «кутежного» пьянства (binge drinking), т. е. большие количества крепких напитков за короткое время. Теперь эти косвенные данные получили количественное выражение применительно ко всей российской популяции. Дополнительное значение результаты имеют в связи с тем, что долгое время считалось, что алкоголь является кардиопротектором. Теперь понятно, что это свойство алкоголя проявляется только при очень низких дозах потребления, а при высоких — алкоголь выступает в качестве кардиопатогенного фактора (т. н. J-зависимость, обзор McKee, Britton, 1998).

Еще более драматичными выглядят главный результат расчетов: *общая смертность, связанная с алкоголем, составляет 426,0 тысяч в год или 23,4 % всех смертей (средняя для 1980–2001 гг.). 63,9 % алкогольных потерь приходится на мужчин (272,1 тысяча).*

Для сравнения: с табакокурением связано 16–17 % всех смертей в России (Ткаченко, 1996, Камардина, 2004; таблица 17), что также ужасающе много. Официальные данные смертности по «причинам, связанным с употреблением алкоголя» в 2001 г. равнялись 3,8 % смертей, т. е. были в 7 раз меньше оценок реальных потерь.

Важно еще раз отметить, что 426 тысяч — это сумма прямых и непрямых потерь, при которых алкоголь выступает либо главной, либо чаще сопутствующей причиной смерти. Строго говоря, такое деление носит академический характер. Это касается, прежде всего, танатогенеза алкогольной смерти: большинство умерших при отравлении алкоголем (прямые потери) несут в себе, как правило, несколько заболеваний, нажитых злоупотреблением алкоголем (Угрюмов, 1997). Такая патология существенно увеличивают риск умереть при очередной, часто сравнительно небольшой дозе алкоголя (Наубатов, 1990, Хотимская, Лукаш, 1989, Veljkovic et al., 1989). Академичность такого деления особенно отчетливо выступает в персональном отношении: для человека не имеет значения, как будет квалифицироваться его преждевременная, связанная с алкоголем смерть — как «прямая» или «непрямая».

Недавно в Ижевске было проведено детальное исследование причин смерти всех мужчин в возрасте 25–54 лет, умерших в течение двух лет (всего 1700 человек; Leon et al., 2007, Tomkins et al., 2007). Выяснилось, что 43 % смертей была связана со злоупотреблением алкоголем.

Таблица 17

Доля смертности, связанной с потреблением табака, алкоголя и наркотиков (в % от общей смертности), потребление алкоголя (литры на человека в год) в Канаде, США и России

	Канада		США	Россия	
	1992 ^а	1995 ^б	1995 ^в	1984–1992	1994–2001
Табак	17,1	16,5	18,8	17,0 ^г (1990)	16,3 ^д (1994)
Алкоголь	3,5	3,1	4,4	22,1 ^{жс}	25,6 ^{жс}
Наркотики	0,4	0,4	1,6	—	0,2 ^е
Потребление алкоголя	6,9	6,5	6,8	12,2 ^{жс}	13,4 ^{жс}

^а Single et al. (1999)

^б Single et al. (2000)

^в McGinnis & Foegen (1999)

^г Ткаченко (1996)

^д Камардина (2004); пересчет в проценты выполнен автором

^е пересчет в проценты данных МВД (3,5 тысячи человек) выполнен автором

^{жс} среднее значение для соответствующего периода

Экстраполяция результатов, полученных в Ижевске, на всю российскую мужскую популяцию этого возраста дает 170 тысяч смертей, связанных с алкоголем (Leon et al., 2007). При этом следует учесть, что мужчины 25–54 лет, хотя и самая пьющая часть российских мужчин, но далеко не все злоупотребляющие алкоголем (рис. 1-11). Во-вторых, были исследованы жители города, а сельское население потребляет алкоголь в больших количествах (Zaigraev, 2004). С учетом этого число мужчин всех возрастов, умерших в связи с алкоголем, по результатам данного исследования (272 тысячи), сопоставимо с данными, полученными в Ижевске.

Помимо суммарного количества умерших в связи с алкоголем важным показателем является доля связанной с алкоголем смертности: *в России каждый третий мужчина и каждая шестая женщина умирают в связи с алкоголем* (прямые и непрямые потери).

Убийства и самоубийства: региональные данные. Расчеты всегда желательно проверять независимыми методами. Тем более, когда это касается поведения людей, но особенно — в случае экстремальных форм, да еще и социально значимых, таких как убийства и самоубийства. К сожалению в таких случаях не всегда есть возможность проверить расчеты каким-либо нематематическим способом. Однако в случае убийств и самоубийств такая возможность есть.

Это данные были получены в Бюро судебно-медицинской экспертизы восьми областей России с общим населением 17,5–18,2 миллионов человек (Амурская область, Башкортостан, Кемеровская, Новгородская, Орловская, Саратовская и Сахалинская области, а также Санкт-Петербург). Помимо общего количества убитых и самоубийц в 1981–1990 гг. данные содержали сведения о наличии или отсутствии алкоголя в крови или других биологических средах умерших, к сожалению, без разделения по гендерному признаку. Это позволило исследовать динамику количества убитых и самоубийц в зависимости от содержания алкоголя в организме умерших.

Исходные усредненные данные этих областей по уровню убийств или самоубийств практически не отличались от общероссийских. Только потребление алкоголя в восьми областях снизилось несколько больше, чем в среднем по России: на 32,5 % против 26,1 %. Едва ли столь небольшое расхождение существенно для наших целей.

В восьми областях в 1981–1990 гг. зарегистрировано 21 930 убитых. В 1981–1984 гг. *убитые с алкоголем в крови* составляли $64,1 \pm 0,5$ %. В это время в этих, как и в других областях происходило снижение количества убитых, как с алкоголем в крови, так и трезвых (рис. 2-35 а; до этого трехлетняя стабилизация после роста). С началом кампании тренд убитых в трезвом состоянии не изменился вплоть до 1987 г., и только в 1988 г. начался существенный рост этого показателя. В отличие от этого уровень убитых с алкоголем в крови отклонился от линии регрессии 1981–1984 гг. в сторону снижения в 1986–1987 гг. и значимого увеличения, начиная с 1989 г. Это означает, что антиалкогольная кампания существенно повлияла на снижение уровня убитых в пьяном состоянии (на 26,8 % в 1987 г.) в отличие от убитых трезвыми. В 1987 г. доля убитых с алкоголем в крови составляла 58,8 % против 64,1 % в 1981–1984 гг. Данные восьми регионов показывают, что снижение убийств во время кампании происходило за счет убийства пьяных.

Главной причиной роста уровня убийств после 1987 г., во время криминальных войн и начавшегося передела собственности, лежали социально-экономические причины (глава 1-6). Однако данные восьми областей показывают, что во время первой криминальной войны роль алкоголя оставалась очень высокой: рост числа убитых в пьяном состоянии происходил в два раза быстрее, чем убитых в трезвом состоянии (с 1987 по 1989 гг. на 101,3 % и 52,3 % соответственно). Этот пример показывает, что негативные социальные процессы, особенно такие зловещие, как убийства, очень тесно связаны с потреблением алкоголя, который в значительной степени модулирует этот вид преступности.

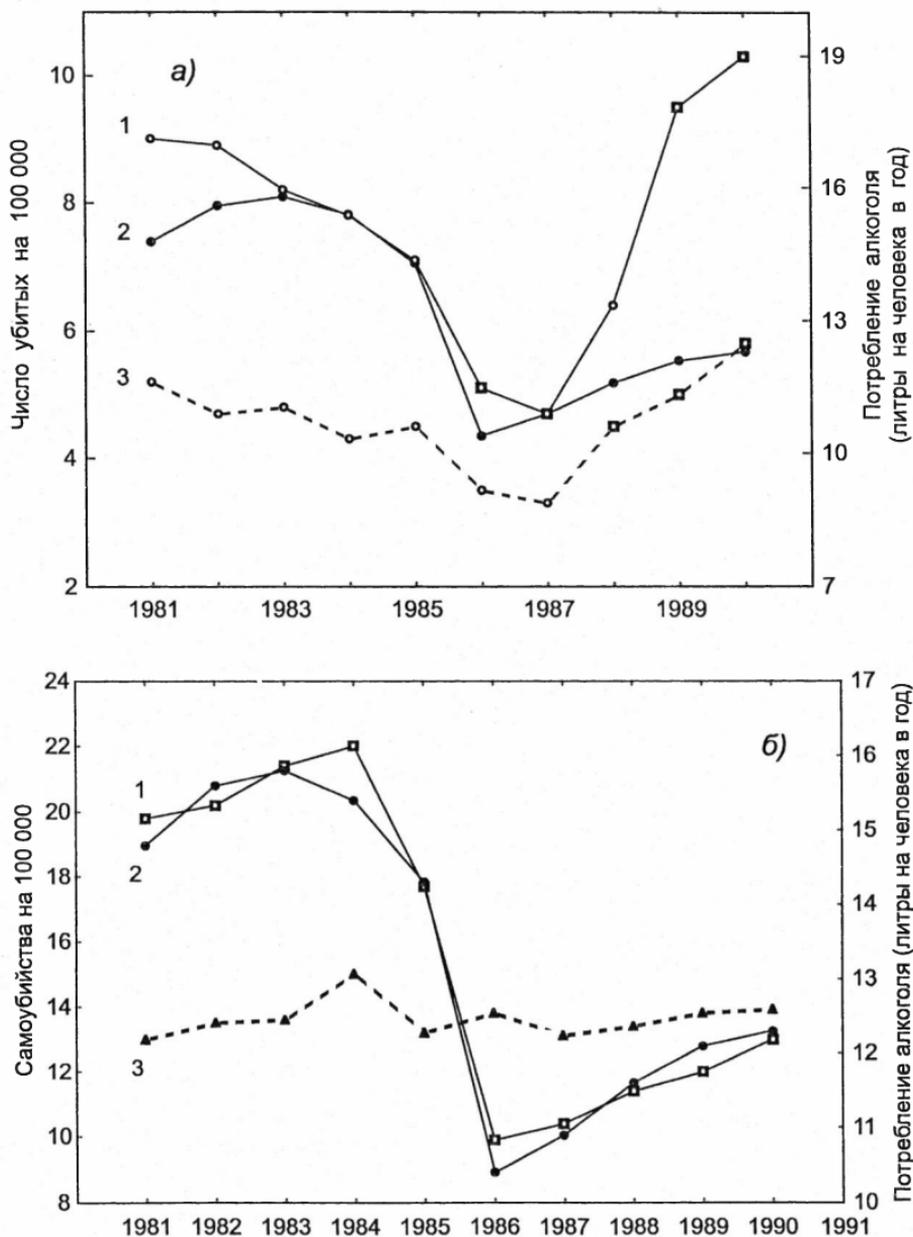


Рис. 2-35. Смертность убитых (а) и самоубийц (б) в трезвом состоянии (3) и с алкоголем в крови (1) в 8 регионах России в 1981–1990 гг. 2 — потребление алкоголя в тех же областях. Квадраты — значимые отличия от регрессии показателей 1981–1984 гг.

Существенно, что снижение убийств пьяных в 1985–1987 гг. был сравнительно небольшим (с учетом регрессии 1981–1984 гг. на 23,5 %, рис. 2-35 а). Скорее всего, это значит, что люди, из которых рекрутируются убитые, меньше, чем остальные, зависели от ограничения доступности спиртных напитков во время кампании; они были более активными при получении спиртного, чем прочие граждане.

Теперь, располагая данными восьми регионов можно сопоставить расчетные (таблица 16) и реальные показатели. Доля связанных с алкоголем убийств в России, рассчитанная на основе регрессии 1980–2001 гг. для мужчин и женщин составила в среднем 71,6 %, что выше данных восьми регионов (61,4 %). Это различие может быть обусловлено прежде всего различием периодов анализа: 1981–1990 vs. 1980–2001 гг. Во втором периоде произошло резкое нарастание убийств, и, как показано выше, нарастание происходило преимущественно за счет пьяных. Поэтому разница в 10 % не может иметь существенного значения. Во-вторых, убийства — двусторонний процесс: убитый не бывает без убийцы.

Вот почему значение алкоголя для уровня убийств отражают не только убитые с алкоголем в крови, но и убийцы в состоянии опьянения (рис. 2-36, линия 3; данные по России). Их динамика была синфазной как потреблению алкоголя, так и общему количеству убитых (рис. 2-35 а, линия 1). В России убийцы в состоянии алкогольного опьянения среди выявленных в тот же период составили 72,9 %. При этом следует иметь в виду, что риск быть задержанным у людей, совершивших преступление в пьяном состоянии, выше, чем у трезвых, поэтому их доля среди выявленных убийц может быть выше, чем в полной когорте убийц. Но тут важно то, что убийца в пьяном состоянии может убить трезвого человека. И это убийство будет связано с алкоголем. Вот почему расчетный показатель вклада алкоголя в убийства не противоречит данным судебно-медицинской экспертизы и криминальной практики.

Для 1990–2001 гг. данные восьми регионов об убитых отсутствуют. А общероссийские показатели, связанные с убитыми и убийцами, не помогают прояснить ситуацию: выявление убийц резко снизилось, доля убийц в состоянии опьянения среди выявленных непрерывно снижалась, начиная с 1992 г., как на фоне роста, так и снижения потребления алкоголя. Скорее всего это является показателем снижения качества регистрации. Поэтому остается полагаться только на расчетные показатели (таблица 16), которые показывают, что *в России реальный вклад алкоголя в убийства очень высок и близок к 70 %.*

Можно соотнести расчеты алкогольной составляющей *самоубийств*, сделанных на основе регрессии (таблица 16), с данными восьми регионов.

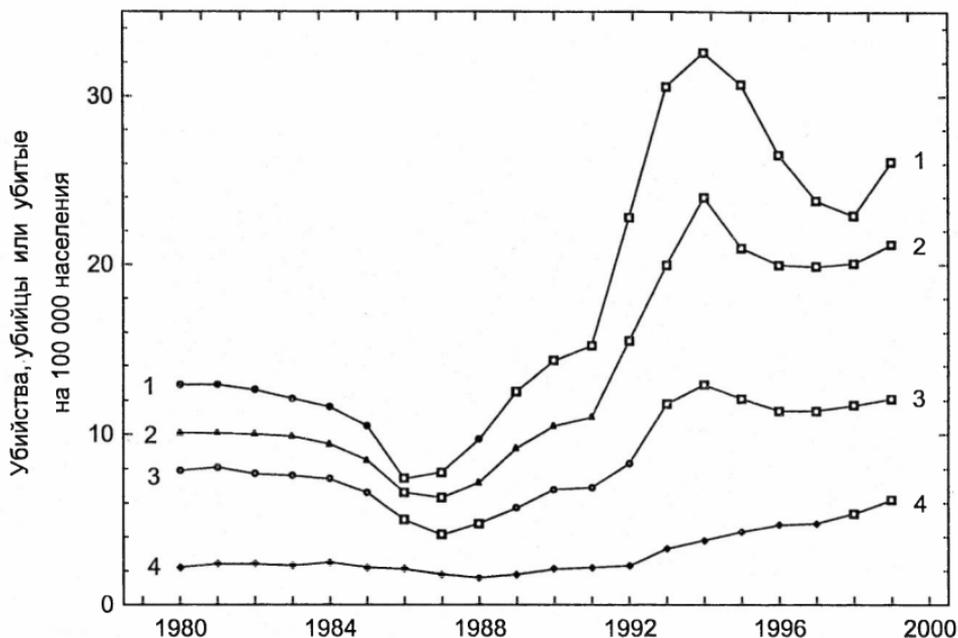


Рис. 2-36. Количество убитых (1), зарегистрированных убийств (2), выявленных убийц в состоянии опьянения (3) и трезвых (4) в 1980–1999 гг. Квадраты — значимые отличия от регрессии показателей 1980–1984 гг.

В этих областях в 1981–1992 гг. было зарегистрировано около 60 тысяч завершённых самоубийств. До начала кампании, в 1981–1984 гг. у 60,2 % самоубийц в крови был обнаружен алкоголь. С началом кампании количество таких самоубийц изменялось почти синхронно с изменением потребления алкоголя и существенно снизилось с 22,0 на 100 000 в 1984 г. до 9,9 в 1986 г. (на 55,0 %; рис. 2-35 б). В 1985–1990 гг. средний показатель самоубийств с алкоголем в крови составил 53,3 %, что близко расчетному показателю для России, если привести его к единому для мужчин и женщин виду (49,5 %). Расхождение можно объяснить, помимо различий периодов анализа, тем, что часть самоубийц перед самоубийством принимают спиртное «для смелости» при переходе в мир иной, повышая тем самым долю самоубийц с алкоголем в крови.

Важно отметить, что в 8 регионах уровень самоубийств трезвых во время антиалкогольной кампании практически не изменился (рис. 2-35 б). Это еще раз свидетельствует, что уменьшение смертности, в частности, при самоубийствах, во время перестройки нельзя объяснить «социальным оптимизмом», как это считали исследователи у нас в стране (Гишинский, Румянцева, 1998) и за рубежом (Wasserman, Varnik, 1998). Более того, национальный оптимизм, вызванный перестройкой, пока

ником и ничем не доказанное предположение; оно, скорее всего, является проекцией собственных ожиданий интеллигентной части общества (в том числе научной) на все российское население, для которого всякая перестройка привычной жизни — дополнительное напряжение.

Оценки вклада алкоголя в различные виды смертности ранее были сделаны одними американскими исследователями (Schultz et al., 1990) и несколько видоизменены другими (Stinson et al., 1993). Естественно, что вклад алкоголя в смертность при отравлениях алкоголем в этих двух исследованиях был оценен одинаково в 100 %. Другие оценки ниже российских. Так, в США для населения с 15 лет доля связанных с алкоголем самоубийств составляет 28 % и убийств 46 %. Но так оно и должно быть, так как потребление алкоголя в США значительно ниже (8,0 литров, средняя для 1979–1989 гг.), чем в России (12,8 литра, средняя для 1980–1989 гг.).

Не совпадают также отношения связанных с алкоголем убийств и самоубийств: 1,64 в США, а в России 0,89. Иначе говоря, в США преобладают убийства, а в России — самоубийства. Скорее всего это связано с различием социально-экономических и культуральных условий в двух странах.

* * *

Результаты расчетов, связанных с алкоголем смертей в России, настолько велики, что возникает сомнение — можно ли им верить? Если почти четверть смертей (23,4 %) связаны с алкоголем и почти пятая часть — с курением, то где место для таких больших классов смертей, как, сердечно-сосудистые, которые составляют более половины всех смертей? Но тут надо различать смерти, единственной причиной которых были сердечно-сосудистые заболевания, и посмертные сердечно-сосудистые диагнозы, которые скрывают алкогольный фактор, как единственную (в случае фальсификации диагноза) или дополнительную, но существенную причину смерти (глава 2-3). Было показано, что хроническая алкогольная интоксикация сокращает продолжительность жизни мужчин, имеющих заболевание сердечно-сосудистой системы, в среднем на 17 лет (Вирганская, 1991). Точно также значительная часть других соматических диагнозов связана со злоупотреблением алкоголем. Таким образом, алкогольная смертность «расходится» по разным диагностическим группам (таблица 16), а в сумме составит значительную часть общей смертности, разную в разные периоды, в зависимости от изменений уровня потребления алкоголя.