

КОМИТЕТ ЭКСПЕРТОВ ВОЗ ПО ПРОБЛЕМАМ, СВЯЗАННЫМ С ПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЯ

Второй доклад



Всемирная
организация здравоохранения

Всемирная организация здравоохранения была создана в 1948 г. в качестве специализированного учреждения Организации Объединенных Наций, направляющего и координирующего решение международных проблем здравоохранения и охрану здоровья населения. Одна из уставных функций ВОЗ состоит в обеспечении объективной и достоверной информации и рекомендаций в области здоровья человека, и эту обязанность она выполняет во многом благодаря своей обширной программе публикаций.

Выпуская в свет свои материалы, Организация стремится оказать помощь национальным стратегиям здравоохранения, и объектом ее внимания являются самые насущные нужды населения во всем мире. В ответ на потребности своих государств-членов, находящихся на разных уровнях развития, ВОЗ издает практические руководства, учебники и учебные пособия для отдельных категорий работников здравоохранения, имеющие международное применение рекомендации и стандарты, обзоры и анализы политики, программ и исследований в области здравоохранения, согласованные доклады о новейших достижениях, содержащие профессиональные советы и рекомендации для лиц, принимающих решения. Все эти книги тесно увязаны с приоритетными направлениями деятельности Организации, включая профилактику болезней и борьбу с ними, развитие равно доступных всем систем здравоохранения на основе первичной медико-санитарной помощи и укрепление здоровья отдельных лиц и групп населения. Продвижение к цели улучшения здоровья для всех требует также распространения информации и обмена ею в глобальном масштабе с представлением данных, основанных на знаниях и опыте всех государств - членов ВОЗ, а также на сотрудничестве мировых лидеров в сферах общественного здравоохранения и медико-биологических исследований.

Чтобы обеспечить самую широкую доступность авторитетных сведений по вопросам здравоохранения и принципов их решения, ВОЗ занимается распространением своих публикаций во всем мире, поощряя их перевод и адаптацию. Литература ВОЗ способствует охране и укреплению здоровья населения во всех странах, помогает предупреждать болезни и бороться с ними, внося, таким образом, свою лепту в достижение главной цели Организации - наивысшего возможного уровня здоровья людей.

Серия технических докладов ВОЗ служит целям распространения информации о результатах работы международных групп экспертов, которые обеспечивают ВОЗ новейшими научными и техническими данными по широкому кругу проблем медицины и общественного здравоохранения. Члены таких групп экспертов работают без вознаграждения и выступают от своего имени, а не в качестве представителей правительств или других органов. Их взгляды необязательно отражают решения или официальную политику ВОЗ. Стоимость ежегодной подписки на эту серию (обычно из 6 докладов) составляет 168.00 шв. фр./151.00 долл. США (128.40 шв. фр./115 долл. США в развивающихся странах). За дополнительной информацией обращайтесь: Издательство ВОЗ по адресу: WHO Press, World Health Organization, 20 avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (тел.: +41 22 791 3264; факс: +41 22 791 4857; электронная почта: bookorders@who.int; order on line: <http://www.who.int/bookorders>).

Настоящий доклад содержит согласованные мнения международной группы экспертов и не обязательно представляет решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения

Серия технических докладов ВОЗ

944

КОМИТЕТ ЭКСПЕРТОВ ВОЗ ПО ПРОБЛЕМАМ, СВЯЗАННЫМ С ПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЯ

Второй доклад



**Всемирная
организация здравоохранения**

Каталог публикаций ВОЗ

Комитет экспертов ВОЗ по проблемам, связанным с потреблением алкоголя. Совещание (2-е: 2006 г.: Женева, Швейцария)

Второй доклад / Комитет экспертов ВОЗ по проблемам, связанным с потреблением алкоголя.

(Серия технических докладов ВОЗ; no. 944)

“Комитет экспертов ВОЗ по проблемам, связанным с потреблением алкоголя, Женева, 10-13 октября 2006 г.”.

1. Употребление алкоголя. 2. Этанол - фармакология. 3. Алкоголизм - предупреждение и борьба. 4. Расстройства, связанные с употреблением алкоголя - предупреждение и борьба. I. Всемирная организация здравоохранения. II. Название: Комитет экспертов ВОЗ по проблемам, связанным с потреблением алкоголя: второй доклад. IV. Серия.

ISBN 978 92 4 420944 8
ISSN 0250-8737

(Классификация NLM : WM 274)

© Всемирная организация здравоохранения, 2007 г.

Все права зарезервированы. Публикации Всемирной организации здравоохранения могут быть получены в Отделе печати ВОЗ, Всемирная организация здравоохранения, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (тел.: +41 22 791 2476; факс: +41 22 791 4857; электронная почта: bookorders@who.int). Запросы для получения разрешения на воспроизведение или перевод публикаций ВОЗ - будь то для продажи или для некоммерческого распространения - следует направлять в Отдел печати ВОЗ по указанному выше адресу (факс: +41 22 791 4806; электронная почта: permissions@who.int).

Обозначения, используемые в настоящем издании, и приводимые в нем материалы ни в коем случае не выражают мнения Всемирной организации здравоохранения о юридическом статусе какой-либо страны, территории, города или района, их правительствах или их границах. Пунктирными линиями на картах показаны приблизительные границы, в отношении которых пока еще не достигнуто полного согласия.

Упоминание конкретных компаний или продукции некоторых изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения отдает им предпочтение по сравнению с другими, которые являются аналогичными, но не упомянуты в тексте. Исключая ошибки и пропуски, наименования патентованной продукции выделяются начальными прописными буквами.

Все разумные меры предосторожности были приняты ВОЗ для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, публикуемый материал распространяется без каких-либо четко выраженных или подразумеваемых гарантий. Ответственность за интерпретацию и использование этого материала лежит на пользователе. Всемирная организация здравоохранения ни в коем случае не несет ответственности за любой ущерб, связанные с использованием этого материала.

Настоящая публикация содержит согласованные мнения международной группы экспертов и не обязательно представляет решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

Напечатано в Швейцарии

Содержание

1. Введение	1
1.1 История вопроса	2
1.2 Охват и терминология	4
2. Механизмы возникновения вреда от алкоголя: интоксикация, зависимость и токсичность	5
2.1 Виды вреда, связанного с алкоголем, и их физиологическая основа	6
2.2 Алкогольная интоксикация	7
2.3 Способность алкоголя вызывать зависимость	8
2.4 Токсическое воздействие алкоголя	8
2.5 Выводы, касающиеся механизмов нанесения вреда	10
3. Наличие и потребление алкоголя в мире	10
3.1 Производство, распространение и продвижение алкоголя на рынок	10
3.2 Уровни, формы и тенденции в потреблении алкоголя	12
3.3 Детерминанты и корреляты потребления алкоголя	17
3.4 Выводы, касающиеся наличия и потребления алкоголя	20
4. Вред, относимый к употреблению алкоголя	21
4.1 Воздействие на здоровье: вклад алкоголя в глобальное бремя болезней	21
4.2 Социальный вред	23
4.3 Выводы, касающиеся вреда, относимого к употреблению алкоголя	26
5. Эффективные стратегии и практические меры по уменьшению вреда, связанного с употреблением алкоголя	27
5.1 Меры по уменьшению наличия алкоголя	29
5.2 Цены и налоги на алкоголь	30
5.3 Ограничение продажи алкоголя	32
5.4 Регулирование обстоятельств употребления алкоголя	33
5.5 Ограничение маркетинга алкоголя	34
5.6 Меры против управления автотранспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения	35
5.7 Просвещение и убеждение	36
5.8 Раннее вмешательство и лечебные службы	38
5.9 Выводы, касающиеся эффективных стратегий по уменьшению вреда, связанного с употреблением алкоголя	40
6. Разработка антиалкогольной политики	41
6.1 Создание базы знаний для разработки антиалкогольной политики	41
6.2 Сектора и антиалкогольная политика	42
6.3 Антиалкогольная политика на различных уровнях юрисдикции	44

6.4	Выводы, касающиеся разработки антиалкогольной политики	45
7.	Последствия для международных действий	46
7.1	Международные аспекты борьбы с алкоголем	46
7.2	Роль ВОЗ	49
7.3	Сотрудничество международных органов	51
7.4	Выводы, касающиеся международных действий	52
8.	Рекомендации	53
	Ссылки	57
	Приложение	63
	Резюме данных ВОЗ о бремени болезней, относимом к употреблению алкоголя, в 2002 г.	

Комитет экспертов ВОЗ по проблемам, связанным с потреблением алкоголя

Женева, 10–13 октября 2006 г.

Члены Комитета

Проф. Д. Офори-Аджей (D. Ofori-Adjei), директор Института медицинских исследований Ногучи, Университет Ганы, Аккра, Гана

Проф. С. Кэссвелл (S. Casswell), директор Центра изучения и оценки социальных результатов и результатов в отношении здоровья, Университет Массей, Окленд, Новая Зеландия

Проф. К. Драммонд (C. Drummond), профессор по аддиктологии и наркомании и руководитель подразделения по аддиктивному поведению отдела психического здоровья Лондонского университета Сен-Джордж, Лондон, Англия

Проф. Вей Хао (Wei Hao), профессор психиатрии, директор Сотрудничающего центра ВОЗ по психосоциальному фактору, наркомании и здоровью, Институт психического здоровья, Вторая больница Сянтя, Центральный южный университет, Чанша, Китай

Проф. М. Е. Медина-Мора (M.E. Medina-Mora), эпидемиологические и психосоциальные исследования, Национальный институт психиатрии им. Рамона де Фуенте, Мехико, Мексика

Д-р С. Ранганатан (S. Ranganathan), Почетный секретарь, Фонд клинических исследований Т.Т. Ранганатана (T.T. Ranganathan), Ченнаи, Индия

Д-р Е.М. Разаги (E.M. Razaghi), директор Иранского Национального центра исследований в области аддиктологии, факультет медицинских наук, Тегеранский университет, Тегеран, Исламская Республика Иран

Проф. Р. Рум (R. Room), Мельбурнский университет, Центр борьбы с алкоголизмом и наркоманией, Фицрой, Австралия (*Докладчик*)

Д-р И. Россоу (I. Rossow), Норвежский институт исследований алкоголизма и наркомании, Осло, Норвегия

Проф. Д.С. Самарасингх (D.S. Samarasinghe), адъюнкт-профессор психологической медицины, отделение психологической медицины, медицинский факультет, Коломбийский университет, Коломбо, Шри-Ланка (*заместитель Председателя*)

Проф. К. Вайснер (C. Weisner), Департамент психиатрии и Институт психиатрии Лэнгли Портера, Калифорнийский университет, Сан-Франциско, Калифорния, США (*Председатель*)

Представители других организаций¹

Международная организация труда

Г-жа М. Делюка (M. Deluca), специалист (Укрепление здоровья на рабочих местах, Безопасный труд, Женева, Швейцария)

¹ Не смогли присутствовать: Продовольственная и сельскохозяйственная организация Объединенных Наций, Рим, Италия; Всемирный банк, Вашингтон, О.К., США; Всемирная психиатрическая ассоциация, Женева, Швейцария.

Совместная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ /СПИДу
Д-р А. Чаттерджи (A. Chatterjee), старший советник (Профилактика и государственная политика, Женева, Швейцария)

Секретариат

- Д-р Т. Агуссу (T. Agossou), региональный советник по психическому здоровью и токсикомании (Региональное бюро ВОЗ для стран Африки, Браззавиль, Конго)
- Д-р П. Андерсон (P. Anderson), консультант по вопросам общественного здравоохранения (Хеллеруп, Дания) *(Временный советник)*
- Проф. Т. Бабор (T. Vabor) (департамент медицины и медико-санитарной помощи в общине, школа медицины Коннектикутского университета, Фармингтон, Коннектикут, США) *(Временный советник)*
- Д-р А. Флейшманн (A. Fleischmann), научный сотрудник (ведение токсикомании, Департамент психического здоровья и токсикомании, ВОЗ, Женева, Швейцария)
- Проф. М.Л.О. Суза Формигони (M.L.O. Souza Formigoni) (Департамент психобиологии, Федеральный университет Сан-Паулу, Бразилия) *(временный советник)*
- Д-р С. Хигучи (S. Higuchi), заместитель директора (Национальная организация больниц, Центр борьбы с алкоголизмом, Канагава, Япония) *(временный советник)*
- Д-р М. Монтейро (M. Monteiro), региональный советник по вопросам алкоголизма и токсикомании (Панамериканская организация здравоохранения, Вашингтон, округ Колумбия, США)
- Д-р И. Обот (I. Obot), научный сотрудник (ведение токсикомании, Департамент психического здоровья и токсикомании, ВОЗ, Женева, Швейцария)
- Д-р В. Позняк (V. Poznyak), координатор (ведение токсикомании, Департамент психического здоровья и токсикомании, ВОЗ, Женева, Швейцария) *(секретарь)*
- Проф. Ю. Рем (J. Rehm) (Центр по пагубным привычкам и психическому здоровью, Торонто, Канада) *(временный советник)*
- Г-н Д. Рекве (D. Rekke), технический сотрудник (ведение токсикомании, Департамент психического здоровья и токсикомании, ВОЗ, Женева, Швейцария)
- Д-р Бенедетто Сарасено (B. Saraceno), директор (Департамент психического здоровья и токсикомании, ВОЗ, Женева, Швейцария)
- Д-р Э. Стрил (E. Streel), Avenida J. Nyerere (Мапуту, Мозамбик) *(временный советник)*
- Д-р Т. Ясами (T. Yasamy), региональный советник (Психическое здоровье и токсикомания, Региональное бюро ВОЗ для стран Восточного Средиземноморья, Египет)

1. Введение

Комитет экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) по проблемам, связанным с потреблением алкоголя, провел совещание в Женеве с 10 по 13 октября 2006 года.

Совещание открыл д-р Б. Сарасено, директор Департамента психического здоровья и токсикомании штаб-квартиры ВОЗ в Женеве, Швейцария. Он отметил, что после принятия Пятьдесят восьмой сессией Всемирной ассамблеи здравоохранения в 2005 г. резолюции WHA58.26 о «Проблемах общественного здравоохранения, вызываемых вредным употреблением алкоголя» ВОЗ предприняла активную деятельность на глобальном и региональном уровнях. В Европейском регионе ВОЗ были одобрены и в сентябре 2005 г. приняты Региональным комитетом Основы политики в отношении алкоголя, базирующиеся на Европейском плане по борьбе с потреблением алкоголя на 2000-2005 гг.; в Регионе стран Америки в ноябре 2005 г. в Бразилии была проведена первая Панамериканская конференция по государственной антиалкогольной политике; в Африканском регионе ВОЗ в мае 2006 г. состоялась Техническая консультация ВОЗ по проблемам общественного здравоохранения в Африканском регионе, вызываемым пагубным употреблением алкоголя; в Регионе ВОЗ для стран Юго-Восточной Азии в августе 2006 г. Региональный комитет принял резолюцию о вариантах политики для борьбы с употреблением алкоголя; в Регионе ВОЗ для стран Средиземноморья Региональный комитет в сентябре 2006 г. принял резолюцию о проблемах общественного здравоохранения, связанных с употреблением алкоголя; и в Регионе ВОЗ для стран Западной части Тихого океана в сентябре 2006 г. была принята резолюция, одобряющая региональную стратегию по уменьшению вреда, наносимого употреблением алкоголя. На глобальном уровне Секретариат ВОЗ провел ряд совещаний технических экспертов и начал процесс интенсивных консультаций с основными заинтересованными участниками посредством организации нескольких совещаний и консультаций с группами гражданского общества, учеными и представителями промышленности, торговли и сельскохозяйственного сектора. Д-р Сарасено подчеркнул, что рекомендации Комитета будут использоваться Секретариатом ВОЗ в процессе развития дальнейшей деятельности, направленной на уменьшение проблем здоровья и социальных проблем, которые могут быть отнесены к употреблению алкоголя.

В своем приветственном выступлении от имени Генерального директора ВОЗ д-р Ле Гале-Камю, помощник Генерального директора (Неинфекционные болезни и психическое здоровье, штаб-квартира ВОЗ, Женева, Швейцария) отметила, что резолюция, принятая в 2005 г. Всемирной ассамблеей здравоохранения, отразила обеспокоенность государств-членов проблемами общественного здравоохранения, вызываемыми пагубным употреблением алкоголя. Внимание к вреду, наносимому употреблением алкоголя, во всем мире повысилось, особенно

после публикации *Доклада о состоянии здравоохранения в мире: уменьшение риска, содействие здоровому образу жизни*, в котором подчеркнута роль употребления алкоголя как значительного фактора риска для здоровья населения всего мира. Имеющиеся данные свидетельствуют, что проблемы здоровья и социальные проблемы, вызываемые пагубным употреблением алкоголя, увеличиваются во многих странах мира в результате повышения уровней или изменения структур употребления, особенно среди женщин и молодых людей. Имеется много перспектив по различным наиболее целесообразным направлениям решения вопросов, связанных с проблемами общественного здравоохранения, относимыми к алкоголю, и Секретариат ВОЗ предпринял согласованные усилия для того, чтобы их учесть в процессе определения реалистичных и эффективных подходов к уменьшению отрицательных последствий для здоровья и социальных последствий употребления алкоголя. Необходимо разработать рекомендации в отношении эффективной политики уменьшения проблем, связанных с употреблением алкоголя, в соответствии с полномочиями, данными Организации в резолюции WHA58.26, и для поддержки государств-членов в осуществлении и оценке стратегий и программ.

1.1 История вопроса

В резолюции WHA58.26, Пятьдесят восьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения в 2005 г. предложила Генеральному директору «подготовить доклад об основанных на фактических данных стратегиях и мероприятиях по сокращению связанного с алкоголем вреда, включая всеобъемлющую оценку проблем общественного здравоохранения, вызываемых вредным употреблением алкоголя, и представить его Шестидесятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения» и «составить рекомендации в отношении эффективной политики и мероприятий по сокращению связанного с алкоголем вреда».

В соответствии с этим был создан Комитет экспертов ВОЗ по проблемам, связанным с потреблением алкоголя, главными задачами которого было рассмотрение широкого диапазона проблем общественного здравоохранения, относимых к потреблению алкоголя, научных и эмпирических данных об эффективности различных вариантов политики и предоставление технических рекомендаций в отношении эффективной политики и практических мер для уменьшения вреда, связанного с потреблением алкоголя.

После предыдущего совещания Комитета экспертов по проблемам, связанным с потреблением алкоголя, состоявшегося в 1979 г., ситуация в отношении употребления алкоголя и связанных с этим последствий для здоровья и социальных последствий значительно изменилась. В своем докладе Комитет экспертов в 1979 г. сделал вывод о том, что, «учитывая большое разнообразие медицинских и социальных болезней и людских страданий в результате употребления алкогольных напитков,

ограниченную эффективность и высокую стоимость существующих видов лечения или ведения большинства этих проблем, а также их высокую распространенность во многих частях мира, Комитет рекомендует: (а) придать высокий приоритет профилактике; (б) сосредоточить дальнейшие инвестиции в лечение на разработке недорогостоящих и экономически эффективных услуг» (1). В докладе отмечается, что ущерб, наносимый употреблением алкоголя, тесно связан с уровнями потребления как отдельными лицами, так и группами населения; что правительствам поэтому следует начать сокращение потребления посредством уменьшения наличия алкогольных напитков и принятия просветительских и других мер для сокращения спроса; что следует принять хорошо продуманные просветительские меры, имеющие потенциал сокращения спроса на алкоголь, а также вести подготовку к принятию законодательства в целях борьбы; и что следует пересмотреть политику в отношении рекламы алкоголя, с тем чтобы привести ее в соответствие с просветительскими усилиями по сокращению спроса. Комитет экспертов рекомендовал, чтобы правительства инициировали и реализовали национальную всеобъемлющую антиалкогольную политику и сообщали о серьезных последствиях для здоровья и высокой социальной и экономической стоимости увеличения потребления алкоголя национальным, региональным и международным органам при разработке политики и торговых соглашений, связанных с алкогольными напитками, и чтобы ВОЗ в сотрудничестве с другими международными организациями обращала пристальное внимание на существующую и будущую торговую политику и торговые соглашения, потенциально влияющие на наличие алкогольных напитков.

В 1992 г., Комитет экспертов ВОЗ по лекарственной зависимости рассмотрел подходы к профилактическим и лечебным мерам в ответ на пагубное использование психоактивных веществ и в своем Двадцать восьмом докладе подчеркнул необходимость в комплексной национальной политике в отношении психоактивных веществ (2). Спустя четыре года, Комитет экспертов по лекарственной зависимости рассмотрел вопросы лечения и разработал системы лечения для состояний, связанных с употреблением психоактивных веществ. В своем Тридцатом докладе Комитет рекомендовал ВОЗ «поощрять страны к тому, чтобы они обращали одинаковое внимание на меры по сокращению спроса на психоактивные вещества и на усилия по сокращению их поставок» (3).

После последнего совещания Комитета экспертов ВОЗ по проблемам, связанным с потреблением алкоголя, ВОЗ приняла целый ряд крупных инициатив для поддержки государств-членов и укрепления базы фактических данных, используемых в политике, с целью разработки глобальной и региональных информационных систем и содействия эффективной политике в медицинских учреждениях. Эти инициативы обеспечивают основу для того, чтобы ВОЗ продолжала выполнять свою роль по поддержке государств-членов в уменьшении вреда, наносимого потреблением алкоголя.

1.2 Охват и терминология

В качестве основы для своих обсуждений Комитет рассмотрел Всемирную декларацию по здравоохранению, принятую мировым сообществом здравоохранения в 1998 году. В Декларации подтверждается приверженность ВОЗ провозглашенному в ее Уставе принципу о том, что обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья является одним из основных прав каждого человека; в ней подтверждается также, что улучшение здоровья и благосостояния людей является конечной целью социального и экономического развития; и подчеркивается значение уменьшения социального и экономического неравенства для улучшения здоровья всего населения. С учетом этого необходимо уделять наибольшее внимание наиболее нуждающимся, отягощенным плохим состоянием здоровья, получающим недостаточное медицинское обслуживание или страдающим от бедности.

Комитет считает термины «вред, связанный с алкоголем» и «проблемы, связанные с употреблением алкоголя», эквивалентными и относящимися к широкому кругу проблем здоровья и социальных проблем, к людям, употребляющим алкоголь, и к другим людям на индивидуальном и коллективном уровнях, для которых алкоголь является причиной проблем. С одним из этих терминов связана категория «пагубного употребления алкоголя» - одна из категорий Международной классификации болезней, десятый пересмотр, (МКБ-10) по психическим расстройствам и расстройствам поведения, относящаяся к состоянию, при котором в результате употребления алкоголя наносится ущерб физическому или психическому здоровью. «Пагубное употребление» в этом смысле входит в состав понятий вреда или проблем, связанных с алкоголем. Однако с точки зрения общественного здравоохранения рассмотрение вреда, наносимого другим людям в результате употребления алкоголя, и более широкого значения здоровья по терминологии ВОЗ «вред, связанный с алкоголем», имеет более широкий смысл. Кроме того, с точки зрения общественного здравоохранения наши рамки не ограничиваются случаями нанесения вреда, но включают и риск нанесения вреда, так как он связан, например, со специфическими объемами или формами употребления алкоголя. Поэтому Комитет принял за основу весь диапазон проблем или вреда, связанных с употреблением алкоголя, а также политику или другие меры, которые в возможной степени уменьшают эти проблемы или вред.

В данной работе термин «антиалкогольная политика» используется как собирательное понятие, относящееся к группе мер в рамках юрисдикции или общества, направленных на сведение к минимуму вреда для здоровья и социального вреда, наносимого в результате употребления алкоголя. Эти меры могут приниматься в любом государственном или общественном секторе и могут включать такие из них, которые не направлены непосредственно на употребление алкоголя; например, пропаганду альтернатив употреблению алкоголя с целью сведения к минимуму вреда,

связанного с алкоголем. Национальная антиалкогольная политика будет состоять из ряда индивидуальных политических направлений, стратегий и практических действий. Существует также ряд других разнообразных политических мер, которые воздействуют на проблемы, связанные с алкоголем, увеличивая или уменьшая их, но которые обычно не представляются как антиалкогольная политика или обычно не включаются в общую антиалкогольную политику, так как такие политические меры не принимаются и не осуществляются с главной целью сведения к минимуму алкогольных проблем.

В области запрещенных наркотиков политика традиционно делится на уменьшение поставки, уменьшение спроса и уменьшение вреда. Комитет рассмотрел это разделение, но не принял его в данном докладе, так как оно приводит к путанице. За довольно туманным термином «уменьшение спроса» скрываются широко используемые категории деятельности, такие как лечение или просвещение в школах. Еще более важно то, что общая цель антиалкогольной политики состоит в предотвращении или уменьшении вреда от алкоголя, и использование термина «уменьшение вреда» для одной только подгруппы мер также вызывает путаницу.

Комитет признает, что ВОЗ за многие годы организовала или провела существенную работу над понятиями и терминологией, касающимися проблем алкоголя. Однако первоначально эта работа была ориентирована на клиническую терминологию и практику. Комитет считает важным, чтобы ВОЗ продолжила работу над международными концепциями и терминологией в области алкоголя, рассматривая ее с точки зрения общественного здравоохранения, обращая особое внимание на понятия и термины на различных языках, а также на возможности перевода терминов.

2. **Механизмы возникновения вреда от алкоголя: интоксикация, зависимость и токсичность**

На протяжении всей документированной истории алкогольные напитки использовались во многих обществах для многих целей. В качестве психоактивных веществ алкогольные напитки используются из-за их свойств изменять настроение. В качестве опьяняющих веществ они используются, чтобы избежать трезвой реальности. В качестве жидкостей они используются для утоления жажды. В качестве источника калорий они используются в качестве продуктов питания. Безусловно, какие бы физические свойства напитка ни искал пользователь, он в некоторой степени получит и другие свойства. Помимо физических свойств, алкогольные напитки и их потребление связаны с разнообразными символическими смыслами - положительными и отрицательными. В зависимости от культуры, употребление алкогольных напитков может быть знаком включения в социальную группу или исключения из нее, символом праздника или ритуальным действием. С другой стороны, потребление алкогольных напитков или состояние

алкогольного опьянения могут осуждаться обществом и считаться позорным. В одном из исследований ВОЗ, проведенном в широком диапазоне обществ, сказано, что «те, у кого присутствуют явно выраженные признаки алкогольного опьянения», в списке состояний здоровья относятся к наиболее стигматизированной категории (4).

2.1 **Виды вреда, связанного с алкоголем, и их физиологическая основа**

Какой бы ни была общественная и личная оценка употребления алкогольных напитков - положительной, отрицательной или смешанной, - употребление таких напитков содержит в себе определенный потенциал нанесения общественного вреда и вреда здоровью как для пьющего, так и для других людей. Некоторые виды вреда возникают немедленно и сопряжены с травмами, а другие связаны с интоксикацией или повышенным содержанием алкоголя в крови. Третьи являются более долгосрочными, например, кумулятивный ущерб семье или работе и социальному положению, или же наносят хронический ущерб здоровью. Комитет представляет свои результаты в отношении характера и степени таких видов вреда в современном мире позднее в разделе 4 настоящего доклада. В качестве основы для этого здесь мы рассмотрим три основных механизма нанесения вреда в результате употребления алкогольных напитков: интоксикацию, зависимость и токсичность.

После совещания, проведенного в 1979 г., достигнут значительный прогресс в понимании фармакологии и нейронаучных аспектов алкоголя (5). Структура и небольшие размеры молекул этанола² (этилового спирта) позволяют им легко проходить через мембраны клеток и после поглощения распространяться по всем клеткам и тканям. Следовательно, поглощение алкоголя оказывает воздействие на весь организм. Даже умеренный прием может создать концентрации алкоголя в крови порядка 10–20 ммоль/литр. При таких уровнях алкоголь может сильно влиять на функцию клетки путем взаимодействия с клеточными протеинами и мембранами. При более высоких концентрациях или при повторении эпизодов увеличивается как острое, так и хроническое воздействие. В качестве психоактивного вещества алкоголь также оказывает немедленное воздействие на настроение, моторную функцию и мыслительные процессы.

Воздействие потребления алкоголя имеет значительные индивидуальные различия. Не у каждого человека, злоупотребляющего алкоголем, возникает цирроз печени. Скорость процессов метаболизма алкоголя у различных людей может отличаться в 3–4 раза в результате действия ряда факторов, включая гендерные и генетические различия в ферментах печени (6). Фармакодинамика алкоголя тоже может отличаться в 2–3 раза из-за

² Для целей настоящего доклада термины “этанол” и “алкоголь” используются как взаимозаменяемые.

индивидуальных различий, которые влияют на степень воздействия данной дозы алкоголя на отдельных людей. Эти индивидуальные различия влияют на вызываемые алкоголем токсические и поведенческие последствия, на поведение в отношении употребления алкоголя, на возможность возникновения алкогольной зависимости и на возможность нанесения связанного с алкоголем ущерба отдельным органам. Так же как и в отношении других потенциально вредных съедобных веществ, социальная политика и политика здравоохранения должны учитывать весь диапазон различий воздействия на человека, включая самый уязвимый конец этого диапазона, что имеет определенные последствия для любой политики, основанной на установлении ограничений или рекомендаций в отношении потребления алкоголя.

2.2 **Алкогольная интоксикация**

Интоксикация является предсказуемым последствием поглощения значительных количеств алкогольных напитков в ограниченный период времени. Большинство симптомов алкогольной интоксикации относятся к воздействию алкоголя на целый ряд структур и процессов в центральной нервной системе. С одной стороны, интоксикация является клиническим синдромом, признанным в Международной классификации болезней (F10.0 в МКБ-10) и слишком хорошо известным врачам и медсестрам неотложной помощи в большинстве стран мира. С другой стороны, существуют широкие культурные различия в отношении того, какое количество потребления алкоголя квалифицируется как интоксикация, и в отношении видов поведения, связанных с интоксикацией (7). Ожидания других людей в отношении интоксикации и степень, в которой она становится извинением того, что в противном случае становится неприемлемым поведением, также варьируются между культурами и социальными группами (8). Таким образом, возникновение интоксикации подвержено колебаниям, относимым ко многим факторам, включая не только количество потребленного алкоголя, скорость его потребления и значительные индивидуальные различия, но также социокультурные ожидания и реакции.

Острое опьяняющее воздействие алкоголя в сочетании со связанным с ним поведением может привести к различным рискованным поступкам (включая незащищенный секс), к несчастным случаям и травмам (в том числе при управлении автотранспортным средством или другим машинным оборудованием), к насилию и к острому алкогольному отравлению. Некоторые из этих острых последствий употребления алкоголя могут привести к хроническим проблемам, таким как инвалидность в случае получения травмы, или инфицирование вирусом иммунодефицита человека в случае незащищенного секса, особенно в районах с очень высокой распространенностью ВИЧ-инфекции. Эти последствия налагают значительное бремя на службы медицинской и неотложной помощи. Они могут также быть причиной значительного вреда для третьих лиц.

2.3 **Способность алкоголя вызывать зависимость**

Алкоголь является психоактивным веществом с известной способностью вызывать зависимость у людей и животных. В рамках Конвенции 1971 г. о психотропных веществах алкоголь можно было бы квалифицировать как вещество, удовлетворяющее требованиям для внесения в список веществ, способных “вызывать состояние зависимости, оказывать стимулирующее или депрессивное воздействие на центральную нервную систему, вызывая галлюцинации или нарушения моторной функции, либо мышления, либо поведения, либо восприятия, либо настроения”, и для которого «есть достаточные свидетельства того, что имеет место злоупотребление данным веществом ..., которое представляет или может представить собой проблему для здоровья населения и социальную проблему, дающие основания для применения к этому веществу мер международного контроля” (9).

Такая способность вызывать зависимость имеет различные взаимосвязанные механизмы. Алкоголь обладает подкрепляющими свойствами, которые ведут к повторному употреблению алкоголя, и центральный нервный проводящий путь, считающийся основой такого подкрепления, является дофаминергическим мезолимбическим путем от вентральной тегментальной области к прилежащему ядру вентрального стриатума (10). Считается также, что, отчасти, вознаграждающий эффект алкоголя достигается с помощью эндогенной опиоидной системы. Механизмы подкрепления действия алкоголя являются такими же, как и у других психоактивных веществ.

Непосредственное воздействие алкоголя на мозг и воздействие постоянного употребления алкоголя ведут к более долгосрочным молекулярным изменениям в мозге, известным как нейроадаптация. Во многих случаях нейроадаптация противодействует или обращает вспять острое воздействие алкоголя. После выведения алкоголя происходит чрезмерная компенсация адаптированной системы в направлении возбуждения, что приводит к таким абстинентным симптомам, как гипертоническая возбудимость, беспокойство и даже судороги. Нейроадаптация, возникающая при неоднократном воздействии алкоголя, создает основу для возникновения толерантности и абстинентного синдрома (5).

На эмпирическом и поведенческом уровнях непреодолимое желание продолжать пить и трудность контролировать потребление алкоголя - это признаки зависимости, и различные аспекты зависимости становятся механизмами для продолжения чрезмерного употребления, несмотря на отрицательные последствия для здоровья и социальные последствия.

2.4 **Токсическое воздействие алкоголя**

Алкоголь является токсичным веществом и с ним связаны более чем 60 различных расстройств. Для некоторых хронических состояний здоровья, связанных с алкоголем, таких как рак молочной железы у женщин, с увеличением уровней потребления алкоголя риск повышается,

причем нет никаких данных о пороговом эффекте. Для некоторых других состояний, таких как цирроз печени, риск является криволинейным, увеличиваясь геометрически по мере увеличения потребления.

Алкоголь является потенциальным тератогеном. Наиболее серьезным последствием употребления алкоголя во время беременности является фетальный алкогольный синдром – нарушение развития, характеризующееся черепно-лицевыми аномалиями, замедлением развития и нарушениями функционирования нервной системы, которые могут включать умственную неполноценность.

Алкоголь влияет на развитие мозга, то есть на процесс, который имеет жесткие временные и пространственные ограничения и в течение которого каждый отдел мозга развивается по собственному графику. Доказано, что на эти процессы развития алкоголь воздействует селективно на клеточном и молекулярном уровнях. Подростки и молодые люди особенно уязвимы для пагубного воздействия алкоголя (11). В подростковом возрасте алкоголь может привести к структурным изменениям гиппокампа (части мозга, отвечающей за процесс обучения).

Повторяющееся потребление алкоголя может вызвать гипоксию печени, образование вредных продуктов в процессе метаболизма алкоголя и активных кислородных соединений а также аддуктов протеина. Алкоголь увеличивает уровни циркулирующих липополисахаридов, которые, вместе с указанными токсинами, вызывают поражение печени. Алкоголь может также вызывать обострение гепатита С. Более половины всех пациентов с гепатитом С имеют в анамнезе употребление алкоголя, и хроническое употребление более чем пяти доз в день у людей с гепатитом С увеличивает фиброз тканей печени и риск цирроза, печеночно-клеточной карциномы и, возможно, смерти от заболевания печени (12).

Международное агентство по изучению рака (МАИР) определило алкоголь как канцерогенный фактор для человека (13). Были выявлены несколько механизмов канцерогенеза в связи с алкоголем, в том числе образование ацетальдегида, индукцию CYP2E1, ведущую к образованию активных форм кислорода и усиленной проканцерогенной активации, а также к модуляции клеточной регенерации. В результате повторяющегося воздействия ацетальдегида после употребления алкоголя люди с инактивным геном ALDH2 подвергаются повышенному риску рака верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

Хроническое употребление алкоголя может привести к отрицательным иммунологическим последствиям. Многочисленные исследования документально подтвердили самые разнообразные губительные последствия как для врожденного, так и адаптивного иммунитета в результате чрезмерного и хронического употребления алкоголя. У людей с алкогольной зависимостью часто наблюдается иммунодефицит и повышенная заболеваемость инфекционными болезнями. Например, бактериальная

пневмония в этой группе людей является ведущей причиной инфекции нижних дыхательных путей.

В отношении сердечных заболеваний воздействие алкоголя, по-видимому, является как положительным, так и отрицательным. В ходе мпидемиологических исследований было установлено профилактическое воздействие регулярного легкого употребления алкоголя (в таких малых дозах, как один раз в два дня), хотя эти результаты по-прежнему являются противоречивыми (14, 15) и, вероятно, ограничиваются группами мужчин в возрасте старше 45 лет и женщин в период после менопаузы. Однако чрезмерное потребление алкоголя связано с увеличением числа случаев сердечных приступов. Даже в странах, в которых сердечные заболевания являются очень серьезной причиной смерти, общее число потерянных лет жизни, относимых к употреблению алкоголя, является большим, чем число спасенных лет жизни, относимых к защитному воздействию.

2.5 Выводы, касающиеся механизмов нанесения вреда

При рассмотрении свойств алкоголя, вызывающих интоксикацию, токсичность и зависимость, Комитет пришел к выводу, что алкоголь: обладает токсическим действием, которое может нанести вред практически любой системе или любому органу организма; может усиливать существующие психические и физические расстройства; может негативно взаимодействовать в организме с другим предписанными лекарственными препаратами или незаконными наркотиками; являясь веществом, вызывающим интоксикацию, связан с разнообразными видами травм, как преднамеренных, так и непреднамеренных; и может вызывать синдром наркотической зависимости с такой способностью вызывать злоупотребление, которая сопоставима с другими вызывающими зависимость веществами, подлежащими международному контролю.

3. Наличие и потребление алкоголя в мире

Алкогольные напитки существовали во всем мире в течение столетий. Алкоголь принимает множественные формы – от традиционных напитков, производимых отдельными людьми и общинами, до массовых марочных потребительских продуктов.

3.1 Производство, распространение и продвижение алкоголя на рынок

Можно определить четыре основных вида производства и распространения алкогольных напитков (16): домашнее или кустарное изготовление традиционных напитков; промышленное производство традиционных напитков; местное промышленное производство «космополитных» напитков и глобализованное промышленное производство «космополитных» напитков. Под «космополитными» напитками подразумеваются пиво,

вино, бренди, виски, джин, водка и другие дистиллированные спирты европейского образца, распространяемые в самые отдаленные места – во многих случаях в глобальных масштабах. Все алкогольные напитки первоначально были местными, и продавцы регулярно стремятся добавлять новые напитки в категорию «космополитных», к которым сейчас относятся текила, сакэ, сидр и смешанные напитки на основе спирта, продаваемые через глобальные каналы производства и сбыта.

Домашнее и кустарное производство по-прежнему являются значительной частью производства алкогольных напитков во многих странах с низкими доходами. Существуют самые разнообразные ферментированные или дистиллированные напитки, традиционно производимые на местном уровне, например в сельской местности или в домашних условиях. С одной стороны, традиционно производимые ферментированные напитки могут иметь преимущества, которые заключаются в более низком содержании алкоголя, в предоставлении местных возможностей для занятости и в сохранении ценностей местной культуры (что может способствовать или не способствовать более низким уровням потребления алкоголя). С другой стороны, эти традиционные формы алкоголя обычно плохо контролируются на качество и крепость, и часто возникают последствия для здоровья, связанные с содержанием вредных веществ и примесей, особенно в дистиллированных напитках, в том числе, в крайних случаях, многочисленные случаи смерти от отравления.

Такое домашнее и кустарное производство обычно находится вне пределов досягаемости государственных органов контроля и налогообложения. Продукты такого производства продаются дешево и часто представителям самых бедных слоев населения. С точки зрения здоровья и благополучия населения, важно, чтобы государство установило эффективный контроль и надзор за неофициальным производством и распространением алкоголя. Лицензирование и инспекция производства, будь то в домах или на небольших предприятиях, либо полномасштабного промышленного производства, является важным средством исключения вредных примесей и способствует применению одной из самых эффективных профилактических мер – налогообложению алкоголя. Однако установление такого контроля часто является длительным процессом в ходе экономического развития и построения государства; во Франции, например, потребовалось целое столетие, чтобы установить государственный контроль над домашней перегонкой, которой занимались в сельской местности (17). На неформальное или незаконное производство, часто в промышленных масштабах, приходится значительная часть имеющегося в наличии алкоголя во многих частях мира, особенно в Африке, Азии и Восточной Европе. По приблизительным подсчетам, его доля в общем потреблении алкоголя составляет 27% потребления алкоголя в мире и, по оценкам, не регистрируется официальной статистикой.

На другом конце всего спектра производства и распространения находится глобальное производство и распространение марочных напитков. Пос-

кольку потребители в странах с низкими доходами двигаются в направлении рыночной экономики и имеют мало денег в своем распоряжении, вероятность потребления марочной продукции, которая пользуется самыми последними достижениями маркетинговой технологии, имеет тенденцию к увеличению. Производство таких «космополитных» напитков все более концентрируется в небольшом числе мультинациональных компаний.

С точки зрения общественного здравоохранения марочная продукция, продаваемая и распространяемая крупными предприятиями, имеет некоторые преимущества. С одной стороны, налоги обычно уплачиваются и легче обеспечить чистоту продукта. С другой стороны, тенденция к концентрации на рынке также создает проблемы. Мультинациональные предприятия расходуют значительные ресурсы на обеспечение как можно меньших ограничений для своих коммерческих интересов. На многочисленных уровнях правительств, в международных организациях и в торговых соглашениях результаты такой представительской деятельности часто противоречат интересам общественного здравоохранения.

Особенно проблематичным аспектом роста марочных напитков на глобальном рынке является трансграничная передача и адаптация интенсивных методов рекламы и продвижения на рынок алкогольных напитков. Во многих странах с высокими доходами алкогольные напитки относятся к самым сильно рекламируемым товарам. Шесть производителей алкогольных напитков входят в число 100 самых крупных рекламодателей в мире (18). И это с учетом лишь расходов «над чертой» (на рекламу) в средствах массовой информации, охваченных статистическим учетом. Фирмы, производящие алкогольные напитки, также инвестируют значительные средства в другие виды продвижения своей продукции на рынок, такие как спонсорство спортивных команд и мероприятий, музыкальные концерты и фестивали, ориентированные на молодежь, показы мод и карнавалы, а недавно стали использовать новые технологии, такие как Интернет. Кампании продвижения на рынок алкогольных напитков часто используют такие средства и мероприятия, как спорт и рок-музыка, особенно привлекательные для молодых людей как наилучших потенциальных клиентов этой продукции.

3.2 Уровни, формы и тенденции в потреблении алкоголя

Комитет с удовлетворением отметил существенный прогресс, достигнутый в последние годы в информации о количествах и формах употребления алкоголя на глобальной основе, в значительной степени в результате наличия Глобальной базы данных ВОЗ по алкоголю и глобальных докладов о состоянии деятельности в отношении алкоголя, а также деятельности, связанной со сравнительным анализом рисков употребления алкоголя, которые обсуждаются ниже. Следует придать высокий приоритет обновлению и расширению Глобальной базы данных по алкоголю и обеспечить, чтобы Продовольственная и сельскохозяйственная организация

Объединенных Наций (ФАО) продолжила собирать данные, используемые в этой базе данных. Комитет рекомендовал, чтобы ВОЗ создала систему ежегодного представления в ВОЗ докладов о ситуации в отношении алкоголя в каждом государстве-члене, с помощью которых каждая страна будет сообщать в ВОЗ о потреблении алкоголя (регистрируемом и нерегистрируемом), о формах употребления и воздержании от употребления в подгруппах населения, а также о распространенности различных проблем, связанных с алкоголем.

Комитет рассмотрел в краткой форме имеющиеся в настоящее время глобальные данные о количестве и формах употребления алкоголя (см. Таблицу 1). Уровни потребления алкоголя обычно представляются в виде ежегодного потребления на душу населения (как правило, на одного жителя в возрасте старше 15 лет) в литрах чистого (100%) спирта. Для этих оценок имеется три основных источника данных: национальные данные правительств; данные ФАО; и данные алкогольной промышленности. Наилучшие и наиболее надежные данные, если они имеются, поступают от правительств и обычно основаны на цифрах продаж, налоговых поступлений или данных о производстве. Однако эти оценки, как правило, не включают нерегистрируемое потребление алкоголя, которое может принимать различные формы, включая импорт лицами, совершающими поездки, контрабанду, местное нерегистрируемое производство и потребление продуктов, содержащих алкоголь, но не предназначенных для употребления людьми. Оценки нерегистрируемого потребления могут составляться на основе различных источников, но, главным образом, на данных ФАО о сельскохозяйственных культурах, используемых для производства алкогольных напитков, и на обследованиях населения, ориентированных на измерение потоков и нерегистрируемого потребления алкоголя. Вариации нерегистрируемого потребления алкоголя в течение определенного времени, как внутри стран, так и между ними, могут показать разницу и изменения в потреблении на душу населения и в формах употребления, которые, в противном случае, не могли бы быть выявлены с помощью изменений в регистрируемом потреблении. Поэтому документирование нерегистрируемого потребления алкоголя имеет важное значение для исследований антиалкогольной политики и особенно при изучении связей между антиалкогольной политикой, потреблением алкоголя и проблемами, связанными с алкоголем.

Распространенность воздержания от употребления, различных категорий и различных объемов потребления алкоголя, а также различных форм употребления алкоголя, таких как употребление до интоксикации или чрезмерное употребление, оценивается с помощью обследований населения. Данные обследований также дают возможность сделать оценки в разбивке по полу и возрасту и по другим подгруппам населения. Наряду с ключевыми экспертными опросами, обследования также являются главным источником данных о степени, в которой опасные формы употребления преобладают

среди пьющих в каждой стране и каждом регионе мира (см. среднюю форму потребления в последней колонке Таблицы 1). Как говорилось выше, интоксикация может воздействовать на некоторые категории вреда, такие как ишемическая болезнь сердца или травмы, влияя на уровень вреда, связанного с конкретным общим уровнем потребления алкоголя (19).

Таблица 1

Состояние экономического развития и параметры потребления алкоголя в 2002 г. (средневзвешенные по всему населению в 182 странах)

	Уровень смертности и категория стран	Средний ППС-ВВП в межд. долл. ^a	Регионы ВОЗ ^b	Регистрируемое потребление взрослыми в литрах в год ^c	Нерегистрируемое потребление взрослыми в литрах в год ^c	Общее потребление взрослыми в литрах в год ^c	Доля употребляющих алкоголь (%) ^c		Потребление на одного потребителя в г/день чистого спирта ^e	Средняя структура употребления алкоголя ^d
							Мужчины	Женщины		
Развивающиеся страны	Высокая смертность	2 441	EMR-D, SEAR-D	0,3	1,4	1,7	19	2	33	2,9
	Очень высокая или высокая смертность	2 249	AFR-D, AFR-E, AMR-D	4,4	2,6	7,1	47	32	41	3,0
	Низкая смертность	5 257	AMR-B, EMR-B, SEAR-B, WPR-B	4,4	1,3	5,7	67	36	25	2,5
Развитые страны	Очень низкая смертность	28 405	AMR-A, EUR-A, WPR-A	9,4	1,3	10,7	81	65	32	1,8
	Низкая детская смертность и низкая или высокая смертность взрослых	6 862	EUR-B, EUR-C	7,0	4,6	11,7	77	59	37	3,5
Весь мир (взвешенные по населению регионов)				4,4	1,7	6,2	55	34	30	2,6

AFR-D, AFR-E: Страны Африканского региона с низкими доходами; AMR-A: страны Американского региона с высокими доходами; AMR-B: Страны Американского региона со средними доходами; AMR-D: страны Американского региона с низкими доходами; EMR-B: страны Региона Восточного Средиземноморья со средними доходами; EMR-D: страны Региона Восточного Средиземноморья с низкими доходами и с полным запретом на употребление алкоголя; EUR-A: страны Европейского региона с высокими доходами; EUR-B, EUR-C: страны Европейского региона со средними доходами; SEAR-B: страны Юго-Восточной Азии со средними доходами; SEAR-D: страны Юго-Восточной Азии с низкими доходами и с полным запретом на употребление алкоголя; WPR-A: страны Региона Западной части Тихого океана с высокими доходами; WPR-B: страны Региона Западной части Тихого океана со средними доходами.

^a ВВП – валовой внутренний продукт, показывающий уровень экономического развития страны; ГПС – паритет покупательной способности на душу населения в стране эквивалентной корзины товаров в международных долларах.

^b Используемая разбивка на региональные подгруппы определена ВОЗ на основе высокой, средней и низкой смертности взрослых и детской смертности. А – очень низкая детская смертность и очень низкая смертность взрослых; В – низкая детская смертность и смертность взрослых; С – низкая детская смертность и высокая смертность взрослых; D – высокая детская смертность и высокая смертность взрослых; E – очень высокая детская смертность и очень высокая смертность взрослых.

^c Потребление в литрах чистого спирта на одного жителя в возрасте 15 лет и старше в год (средняя величина имеющихся данных за 2001-2003 гг.).

^d Показатель опасности на литр потребленного алкоголя (1- наименее опасное; 4 – наиболее опасное), состоящий из нескольких показателей эпизодов чрезмерного потребления плюс частота потребления с пищей (обратный счет) и в общественных местах.

Источник: ВОЗ и Всемирный Банк

Обзор имеющихся в настоящее время данных о степени и распределении потребления алкоголя в мире приведен в Таблице 1. Для этой цели мир разделен на пять категорий, основанных на субрегионах ВОЗ (20), но определенная разбивка была сделана также специально для анализа ситуации в отношении алкоголя. При формировании субрегионов ВОЗ страны, входящие в регион ВОЗ, были отнесены в одну из пяти категорий от А до Е на основе состояния здоровья населения, причем в странах категории А зарегистрирована самая низкая детская смертность и самая высокая ожидаемая продолжительность жизни взрослых, а в странах категории Е – самая высокая детская смертность и самая низкая ожидаемая продолжительность жизни взрослых. Такая основанная на состоянии здоровья классификация приблизительно соответствует уровням экономического развития. Две верхние строки таблицы отражают дополнительную разбивку более бедных развивающихся стран на основе уровней потребления алкоголя на одного взрослого, причем первая строка включает субрегионы с наименьшим потреблением алкоголя. Третья строка состоит, главным образом, из стран со средними доходами и с хорошими темпами экономического развития. В четвертой и пятой строках содержится разбивка развитых регионов мира, причем страны Восточной Европы и Центральной Азии выделены в отдельную категорию.

Во всем мире менее половины всего взрослого населения (приблизительно два миллиарда человек) употребляют алкоголь. Степень воздержания от употребления алкоголя выше среди женщин (66%), чем среди мужчин (45%). Расположение по проценту пьющих, как правило, соответствует расположению по паритету покупательной способности (ППС) на душу населения – сравнимому показателю при выражении в долларах США. В Таблице 1 каждая из двух категорий с низкими доходами (первая и вторая строки) имеют паритет покупательной способности на душу населения более чем в два раза меньший, чем следующая самая высокая категория. В развитых странах, в которых смертность является очень низкой (четвертая строка в таблице) паритет покупательной способности более чем в четыре раза выше, чем в развивающихся странах с низкой смертностью. Между ними находятся страны со средними доходами и категория стран Восточной Европы и Центральной Азии. Эта таблица показывает, что из всех регионов мира употребляющих алкоголь больше в более богатых регионах, чем в более бедных. Но это не относится к двум группам с самыми низкими доходами, которые выделены на основании показателя воздержания от употребления: субрегионы с наивысшими показателями являются не такими бедными, как вторая категория стран в таблице. Обычно различия в воздержании от употребления по признаку пола являются гораздо большими в трех региональных группах развивающихся стран, чем в двух региональных группах развитых стран; эти две региональные группы развитых стран имеют относительно высокие показатели употребления алкоголя среди обоих полов. На уровне отдельной страны (результаты не показаны) связь между уровнем экономического развития и показателем

воздержания от употребления алкоголя является довольно близкой к уровню скорректированного паритета покупательной способности - валового внутреннего продукта в размере 7000 долл. США. За пределами ППС в 7000 долл. США существует незначительная связь между степенью богатства страны и степенью воздержания взрослых от употребления алкоголя.

Предпоследняя колонка Таблицы 1 о «потреблении на одного употребляющего алкоголь» показывает, что самая большая разница между региональными группировками в потреблении на душу населения в действительности объясняется различиями в показателях воздержания от употребления алкоголя. Это свидетельствует о том, что, если эти показатели уменьшатся по мере увеличения богатства страны и воздействия глобального рынка, можно ожидать существенного увеличения уровней потребления. В этом контексте Комитет пришел к выводу, что поощрение воздержания от употребления алкоголя и защита этого выбора имеют важное значение для общественного здравоохранения.

Существуют значительные вариации вокруг глобального среднего показателя потребления на одного взрослого в год в размере 6,2 литра чистого алкоголя. Частью мира с наиболее высоким общим уровнем потребления является Восточная Европа и Центральная Азия, но и другие районы Европы также имеют высокое общее потребление. Регистрируемое потребление является наивысшим в субрегионах развитых стран с очень низкой смертностью (четвертая строка таблицы), но они имеют относительно низкий уровень нерегистрируемого потребления, тогда как развитые страны Восточной Европы и Центральной Азии имеют намного более высокий уровень нерегистрируемого потребления. Результат состоит в том, что эти две категории развитых регионов имеют довольно близкие оцениваемые общие уровни потребления.

Страны Америки – это регион следующего самого высокого уровня потребления с более богатыми странами, показывающими более высокие регистрируемые показатели потребления, чем более бедные. Более бедные субрегионы с низкими показателями воздержания от употребления алкоголя являются следующими по оцениваемому самому высокому общему потреблению, за которыми следуют развивающиеся страны с низкой смертностью. В эти две категории включены большинство стран Латинской Америки и Карибского бассейна. Более бедные субрегионы с высокими показателями воздержания от употребления алкоголя, как и следовало ожидать, показывают гораздо более низкое общее потребление, и регистрируемое потребление взрослыми составляет 0,3 литра в год.

Показатели усредненной формы употребления алкоголя находятся в диапазоне от 1 для наименее опасных до 4 для наиболее опасных. Развитые страны с очень низкой смертностью имеют наименьший показатель такой

формы опасного употребления, тогда как страны Восточной Европы и Центральной Азии – наивысший. Развивающиеся страны с более низкими доходами, независимо от показателей воздержания от употребления алкоголя, также имеют относительно более высокие показатели формы опасного употребления. Оставив в стороне особый случай Восточной Европы и Центральной Азии, можно сказать, что степень опасности, связанной с каждым литром потребленного алкоголя выше в более бедных странах, чем в более богатых. Из этого вытекает, что, в целом, увеличение потребления на душу населения в более бедных странах, вероятно, приведет к большему увеличению числа случаев травм и другого вреда в связи с интоксикацией, чем в более богатых странах.

При рассмотрении данных о тенденциях в потреблении алкоголя по регионам ВОЗ Комитет обнаружил, что Европейский регион, Африканский регион и Регион стран Америки достигли наивысшего потребления приблизительно в одно и то же время – в начале 1980-х годов. Регион Восточного Средиземноморья показывает постоянно низкое потребление. Двумя регионами, показывающими в последнее время и продолжающими показывать увеличение потребления, являются Регион Юго-Восточной Азии (стартовавший с низкого уровня) и Регион Западной части Тихого океана. Однако региональные средние маскируют некоторые довольно заметные различия тенденций в отдельных странах. В Европе, например, довольно постоянный уровень в последние годы скрывает существенное падение потребления в некоторых странах Южной Европы и резкое увеличение в некоторых других странах.

В последние годы увеличение потребления произошло в ряде стран с низкими и средними доходами, особенно в регионах стран Юго-Восточной Азии и Западной части Тихого океана. В этих странах увеличение потребления, вероятно, отражает экономическое развитие и увеличение потребительской покупательной способности, а также увеличение сбыта марочных алкогольных напитков.

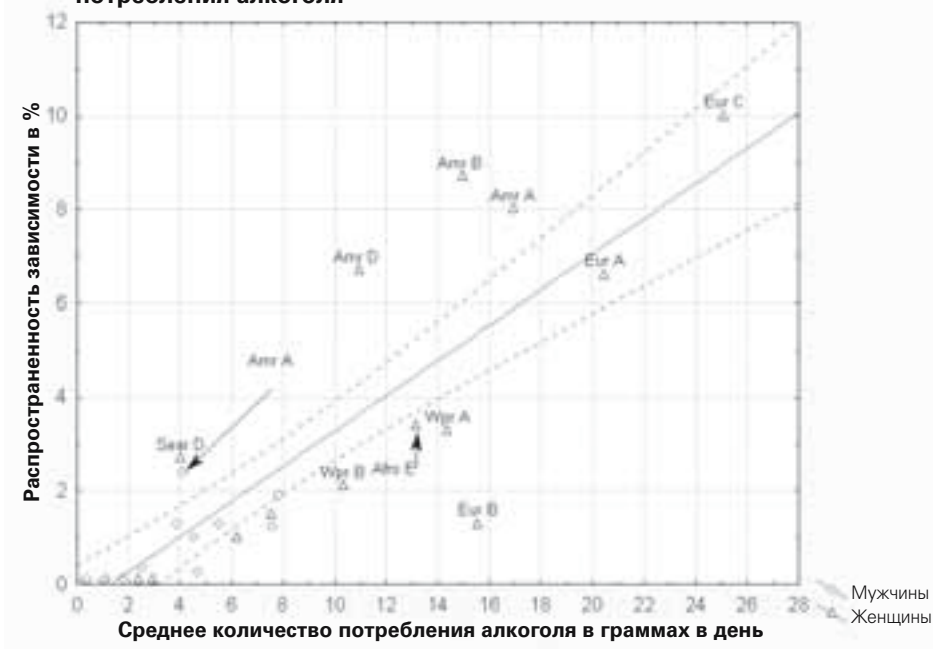
3.3 Детерминанты и корреляты потребления алкоголя

Комитет выборочно рассмотрел некоторые фактические данные о детерминантах и коррелятах потребления алкоголя. Он отметил, что многие культурные и социальные факторы, включая религиозные убеждения, влияют на показатели воздержания от употребления и на распределение потребления алкоголя в группах населения. С одной стороны, во многих обществах существует сильная связь между воздержанием от употребления и бедностью. С другой стороны, у пьющих людей общая тенденция к опасному употреблению, по-видимому, больше преобладает среди более бедных, чем среди более богатых людей. В большинстве случаев, конкретная форма чрезмерного употребления у более бедного человека более вероятно приведет к вредным последствиям, чем та же форма у более богатого.

Проведенные в ряде стран исследования демонстрируют, что потребление алкоголя распределено среди пьющего населения неравномерно; самая большая часть алкоголя в обществе потребляется относительно небольшим меньшинством пьющих. Типичным результатом является то, что половину потребленного алкоголя выпивают 10% пьющих. Тот факт, что между изменениями в уровне потребления алкоголя населением и изменениями в показателях вреда, связанного с чрезмерным употреблением алкоголя, существует сильная взаимосвязь (21), следовательно, отчасти является тавтологическим, так как чрезмерно пьющие отвечают за значительную часть общего потребления. Отчасти по тем же причинам, часто существует сильная перекрестная связь между уровнями потребленного алкоголя и степенями распространенности среди населения вреда, связанного с употреблением алкоголя.

Например, данные о распространенности алкогольной зависимости в различных субрегионах мира, взятые из обследования состояния психического здоровья в мире, в значительной степени коварируют с уровнем потребления алкоголя в субрегионе на одного взрослого (Рисунок 1). Приблизительно 75% вариации распространенности можно предсказать на основе среднего объема потребления на региональном уровне. Главным отклонением от этой корреляции является систематическая тенденция к более высокой зависимости, регистрируемой для данного

Рисунок 1: Алкогольная зависимость по среднему количеству потребления алкоголя



Источник: ссылка 22.

уровня потребления в странах Америки и в регионе, доминирующее демографическое положение в котором занимает Индия.

В исследованиях, проведенных в различных обществах, в целом признается, что мужчины, по сравнению с женщинами, реже воздерживаются от употребления алкоголя, пьют чаще, пьют больше и в большем количестве за один раз, то есть до интоксикации. Поэтому среди мужчин больше чрезмерно потребляющих алкоголь и случаев алкоголизма и, следовательно, среди пагубно пьющих преобладают мужчины. Хотя данные по-прежнему немногочисленны, представляется, что это явление может быть еще более выраженным в странах с низкими доходами. Например, данные обследования в Китае свидетельствуют, что приблизительно 95% алкоголя потребляется мужчинами. В то же время одной из основных социальных проблем во многих обществах является увеличение потребления алкоголя женщинами, особенно в странах с низкими доходами и заметно среди более молодых женщин.

Привычки употребления алкоголя в различных возрастных группах трудно сравнить между странами из-за различий в показателях потребления и возрастных группировок, использованных в обследованиях населения. Кроме того, большинство обследований, в которых сравнивалось потребление алкоголя в различных возрастных группах, проводились в странах со сложившейся рыночной экономикой Австралии, Европы и Северной Америки, так что результаты необязательно применимы к другим регионам мира. Тем не менее, эти исследования дают общую картину: воздержание или редкое употребление алкоголя более распространены в группах более старшего возраста, а случаи интоксикации или чрезмерного употребления чаще отмечаются среди подростков и молодых людей. Данные, полученные в ходе осуществления в 29 странах Европейского проекта по обследованию употребления алкоголя и наркотиков в школах, свидетельствуют о том, что в последние годы среди европейских подростков наблюдается тенденция к увеличению распространенности форм рискованного употребления алкоголя (23).

Комитет рассмотрел фактические данные о сильном смежном употреблении алкоголя и табака, а также наркотиков среди молодых людей. Существуют многочисленные уровни связи между видами поведения – на физиологическом и психическом уровнях в смысле общих путей и синергистических или комплементарных последствий, а также на социальных уровнях в смысле символического значения и в значительной степени общих субкультур поставки и употребления. Воздействие алкогольной интоксикации на суждения или социальные запреты также может способствовать поведению, которое в трезвом состоянии считалось бы запрещенным. По мнению Комитета, нет детерминированной связи между употреблением алкоголя и табакокурением или незаконным употреблением наркотиков; эту взаимосвязь лучше всего определить как вероятностную или стохастическую, то есть среди тех, кто начал пить,

больше вероятность курения или употребления наркотиков, но многие потребляющие алкоголь не начинают курить или употреблять другие наркотики и некоторые, кто курит табак или употребляет незаконные наркотики, не потребляют алкоголь. В исследованиях был также изучен вопрос о том, ведет ли сокращение употребления алкоголя в результате проведения эффективной политики к замещению другими наркотиками. Несмотря на то, что некоторые исследования в Соединенных Штатах Америки свидетельствуют об увеличении употребления каннабиса среди молодых взрослых после повышения возраста, с наступлением которого разрешается употребление алкоголя, другие исследования, направленные на изучение воздействия изменения цен на алкоголь, выявили отсутствие замещения другими психоактивными препаратами, такими как каннабис, и, скорее, изменения, происходящие аналогично изменениям в употреблении алкоголя. Независимо от направления влияния, Комитет признал очевидным, что во многих культурных средах существуют сильные связи между алкоголем, табаком и незаконным употреблением наркотиков, которые необходимо учитывать в антиалкогольной политике, в политике борьбы против табака и наркотиков, а также в политике в области лечения и в научных исследованиях.

Исследования, проведенные среди коренных народов во всем мире, часто показывают значительно большее потребление алкоголя, чем среди всего населения, хотя между отдельными группами и наблюдаются значительные различия. Однако показатели воздержания от потребления в группах коренных меньшинств часто являются большими, чем в группах окружающего населения. Помимо уровней потребления, формы употребления в различных группах коренного населения также имеют тенденцию к большей опасности, причем любая выпивка часто подразумевает употребление до интоксикации. Большая доступность и наличие алкоголя в продаже, отсутствие служб здравоохранения и образования и других служб для профилактики и лечения проблем, связанных с употреблением алкоголя, в сочетании с и без того плохими условиями жизни и работы в общинах коренного населения привели к высокой заболеваемости и смертности от причин, связанных с алкоголем. Комитет с интересом отметил свидетельства успешных усилий некоторых общин коренного населения по уменьшению распространенности алкогольных проблем. Эти усилия часто включают убеждение окружающего общества отказаться от обычных принципов свободы рынка и разрешить общине ограничить рекламу и наличие алкогольных напитков (см., например, 24, 25). Комитет считает, что ВОЗ может играть существенную роль в упорядочении такого опыта и его распространении на другие группы коренного населения.

3.4 **Выводы, касающиеся наличия и потребления алкоголя**

Алкогольные напитки являются легко доступными в большинстве частей мира, производство и маркетинг алкоголя принимают все более глобальные

масштабы, а реклама и другие виды пропаганды для увеличения рынка этих напитков ширятся и присутствуют на всех населенных континентах в такой степени, которая вызывает тревогу. Комитет, при рассмотрении последствий потребления алкоголя для общественного здравоохранения, которые обсуждаются ниже, признал, что для ВОЗ важно принимать активное участие в слежении за этими тенденциями и их анализе, а также в представлении интересов общественного здравоохранения в международных дискуссиях и переговорах, влияющих на торговлю и маркетинг алкогольных напитков.

Во всем мире только немногим более половины взрослого населения не потребляет алкоголь, причем степени воздержания от употребления являются более высокими в более бедных странах и более высокими в группах более бедного населения внутри стран. В значительной степени различия в потреблении на душу населения между странами, между территориями и группами населения в странах отражают различия в показателях воздержания от потребления; различия в потреблении на одного пьющего между регионами мира являются меньшими. Однако показатели воздержания от потребления снизились во многих местах, и предполагается, что они продолжают снижаться. В этих обстоятельствах ВОЗ следует рассмотреть возможность пропаганды мер по поддержке личного выбора в пользу воздержания от употребления алкоголя.

Комитет сделал вывод о том, что уровни потребления алкоголя и особенно опасного потребления, являются самыми высокими в Восточной Европе и Центральной Азии, за которыми следуют страны Америки. В предстоящие годы потребление алкоголя, вероятно, продолжит значительно увеличиваться в Регионе Юго-Восточной Азии, а также в странах с низкими и средними доходами Региона Западной части Тихого океана (в которых проживает почти половина населения в мире). Поэтому в этих регионах особенно срочно необходимы контрмеры общественного здравоохранения, которые включают как региональные, так и глобальные ответные действия.

4. Вред, относимый к употреблению алкоголя

Как отмечалось в разделах 2.2–2.4 выше, накапливается все больше данных о воздействии алкоголя на здоровье в результате интоксикации, вызывающих зависимость свойств и токсичности. В последние годы в ряде исследований ВОЗ были сделаны оценки бремени болезней, относимого к употреблению алкоголя.

4.1 Воздействие на здоровье: вклад алкоголя в глобальное бремя болезней

Комитет рассмотрел фактические данные за 2002 г. об общем чистом воздействии употребления алкоголя на бремя болезней после исключения

данных о защитных для здоровья последствиях (данные о бремени болезней, относимом к употреблению алкоголя, кратко представлены в Приложении). Комитет отметил, что, согласно оценкам, чистый вред составляет 3,7% от общего числа случаев смерти и 4,4% от глобального бремени болезней. Алкоголь создает гораздо большее бремя болезней для мужчин, чем для женщин – относимая к алкоголю доля общего бремени для мужчин приблизительно в четыре раза выше, чем для женщин. В составе случаев смерти самой крупной категорией являются непреднамеренные травмы, после которых идут сердечно-сосудистые и онкологические заболевания. В отношении бремени болезней, выраженном в потерянных годах жизни, скорректированных на инвалидность (DALY), нервно-психические расстройства, главным образом, расстройства, связанных с употреблением алкоголя, составляют категорию с наивысшим бременем, относимым к алкоголю, а непреднамеренные травмы являются второй самой крупной категорией. Разница в показателях доли случаев смерти и DALY отражает то факт, что расстройства, связанные с потреблением алкоголя, хотя часто и являются чрезвычайно инвалидизирующими, реже имеют летальный исход, чем другие категории болезней.

В период между 2000 и 2002 гг. число случаев смерти в связи с употреблением алкоголя увеличилось как для мужчин, так и для женщин. Это увеличение относится, главным образом, к случаям смерти от хронических болезней, что отчасти отражает прогресс в эпидемиологии алкоголя и оценках бремени болезней, относимого к употреблению алкоголя, несмотря даже на то, что относительное воздействие травм, относимых к употреблению алкоголя, уменьшилось. Чистое воздействие алкоголя является относительно большим в группах молодых людей, также для обоих полов. Хотя 3,7% всех случаев смерти можно отнести к употреблению алкоголя во всех возрастных группах (6,1% среди мужчин; 1,1% среди женщин), в возрастной группе до 60 лет к употреблению алкоголя относятся 5% случаев смерти (7,5% среди мужчин; 1,7% среди женщин). Крупные различия в бремени болезней, относимом к алкоголю, существуют между регионами мира (см. Таблицу A1.3 Приложения). На травмы (преднамеренные и непреднамеренные) приходится более высокая доля бремени болезней, относимого к алкоголю, в странах с низкими доходами, тогда как на расстройства, связанные с употреблением алкоголя, и на онкологические заболевания приходится большие доли бремени болезней в странах с более высокими доходами. Доля бремени болезней в результате сердечно-сосудистых заболеваний является самой высокой в Восточной Европе и Центральной Азии, а также в беднейших частях мира среди менее потребляющих алкоголь.

Комитет признал, что из-за отсутствия данных не все состояния здоровья, причинное воздействие на которые оказывает алкоголь, можно включать в оценки бремени болезней; это особенно относится к инфекционным болезням. Хотя связи, основанные на биологических факторах риска, например, связь между употреблением алкоголя и раком молочной

железы, не могут быть одинаковыми во всех регионах мира (например, из-за состояния питания или доступа к медицинской помощи), изучение бремени болезней основано на мета-анализах исследований, результаты которых получены, главным образом, из стран мира с высокими доходами и поэтому, вероятно, недооценивает истинное воздействие алкоголя. Кроме того, хотя и предполагается, что связи риска постоянны для различных возрастных групп, относительные риски имеют тенденцию к сближению с возрастом, а это, вероятно, приводит к переоценке воздействия алкоголя (положительного и отрицательного) на самые старшие возрастные группы. И наконец, свидетельства о смерти и другие связанные с ней данные имеют больше погрешностей измерения в более старших возрастных группах. Поскольку большинство видов предполагаемого защитного воздействия относятся к пожилым людям, Комитет считает, что оценка защитного действия, вероятно, является завышенной.

Существует сильная, но не безупречная взаимосвязь между уровнем доходов в обществе и общей ожидаемой продолжительностью жизни его членов. Результаты являются сходными для потребления алкоголя в том, что для данного уровня или формы употребления алкоголя вред является большим в более бедных обществах, чем в более богатых. Например, в отношении хронических последствий употребления алкоголя, таких как цирроз печени, Комитет отметил, что результат может быть хуже из-за существования кофакторов, таких как дефицит питательных веществ или инфекционные заболевания печени. Кроме того, вероятно, менее широко доступными являются услуги по уменьшению отрицательных последствий употребления алкоголя для здоровья. Управление автотранспортным средством в состоянии алкогольного опьянения может иметь худший результат из-за менее безопасных дорог и автомобилей.

Для конкретного количества или формы употребления социально-экономические неравенства в обществе, по-видимому, имеют многие такие же отличающиеся последствия, как и упомянутые для различий между обществами. Более того, если существует неравное отношение к ресурсам или неравный доступ к ним, последствия для здоровья и травм данного уровня или формы употребления алкоголя также, вероятно, будут более острыми для тех, кто имеет меньше ресурсов. Следовательно, политика, которая уменьшает вклад алкоголя в бремя болезней, по-видимому, также в большей степени уменьшит неравенства в отношении здоровья.

4.2 Социальный вред

Вред, включенный в оценки глобального бремени болезней, ограничивается физическими и психическими состояниями, включенными в Международную классификацию болезней. Этой классификацией охвачены острые и хронические психические и физические заболевания, но не охвачены самые разнообразные другие отрицательные последствия употребления алкоголя. В частности, в оценках глобального бремени

болезней не учитываются наиболее отрицательные последствия для других людей, помимо пьющих. Мы используем понятие «социальный вред» в качестве общего термина, охватывающего и эти последствия, хотя мы признаем, что они охвачены данным ВОЗ широким определением здоровья как «состояния полного физического, душевного и социального благополучия».

Серьезный социальный вред, который может быть связан с употреблением алкоголя, включает семейные и другие межличностные проблемы, проблемы на работе, насильственные и иные преступления и социальную маргинализацию. Форма употребления алкоголя отдельного человека может отрицательно влиять на его собственную жизнь, разрушая брак и семью, приводя к потере работы и безработице, подталкивая к совершению преступления и в результате этого – к аресту, ускоряя переход в бездомное состояние или к иной форме маргинализации и стигматизации. Употребление алкоголя одним человеком может также влиять на других людей. Может сильно пострадать качество жизни членов семьи (26); коллеги по работе могут подменять и покрывать работника, не вышедшего на работу из-за похмелья, и пьяные выходки могут привести к жертвам. Помимо этих межличностных проблем, пьянство может оказывать отрицательное воздействие на более крупные социальные группы или общество в целом. Например, более низкая индивидуальная производительность труда может повлиять на продуктивность рабочего места; шумные скопления пьяной молодежи в ночное время выходных дней могут сделать центр города нежелательным местом для пожилых людей. Отрицательные последствия на общественном уровне легче увидеть в небольших обществах. Например, общественные и религиозные обычаи, объединяющие местных жителей, могут быть разрушены в результате повторяющегося пьянства (27); существует много таких примеров разрушительного воздействия эндемичной интоксикации на коренное население. В крупных и комплексных обществах могут возникнуть также серьезные последствия на коллективном уровне, хотя они и менее легко различимы, за исключением таких редких обстоятельств, как вынужденное резкое изменение в употреблении алкоголя, например в результате забастовки персонала магазинов по продаже алкогольных напитков (28).

Главным средством изучения и количественного определения социального вреда от пьянства является серия исследований связанных с потреблением алкоголя общественных затрат на то, что называется «затратами нездоровья». До настоящего времени только в Европе проведено свыше 30 таких исследований (29), и много исследований в других местах, причем со все более стандартизированной методологией в соответствии с руководящими принципами ВОЗ (30). Самой крупной категорией затрат, оцениваемой в таких исследованиях, обычно является категория «косвенных затрат» преждевременной смертности, рассчитываемой как потеря для будущей экономики того, что могло бы быть произведено умершими

в результате потребления алкоголя за индексный год. Рассчитывая эти косвенные затраты как затраты на здоровье и рассматривая их вместе с прямыми затратами в связи с прогулами, безработицей, ущербом в результате преступлений и дорожно-транспортных происшествий, а также с затратами на медицинские службы, уголовное судопроизводство и социальные услуги для пострадавших от проблем, относимых к алкоголю, затраты «социального вреда» обычно превышают затраты на здоровье (29). Если взять только государственные затраты на услуги, оказываемые в развитом обществе службами охраны общественного порядка, пожарными и социальными службами для решения проблем, относимых к алкоголю, то эти затраты намного превысят расходы на услуги здравоохранения.

Комитет признал, что расчет общественных затрат часто включает только материальные затраты и что последствия потребления алкоголя включают и неосязаемые затраты, в том числе человеческую боль и страдания семьи, причиняемые ее пьющим членом, а также страх и страдания в результате преступлений и насилия, связанных с алкоголем. Такие затраты для членов семьи пока еще недостаточно хорошо измерены. Так, в одном из исследований затрат, проведенном в Англии и Уэльсе, было отмечено, что из-за отсутствия соответствующих исследований «невозможно количественно определить неосязаемые затраты боли и страданий, причиняемых друзьям и семье» (31).

Имеется все больше данных о роли алкоголя в преступлениях, и особенно в различных формах насилия (32), хотя эта связь значительно различается в странах и культурах. Существует общая связь между большим потреблением алкоголя и квалифицируемым как преступление и бытовым насилием и насилием над детьми. В индивидуальных случаях, в целом, чем выше уровень потребления алкоголя, тем более серьезным является насилие.

Алкоголь также связан с рядом других видов криминального поведения, включая нарушение законов, например, управление автотранспортным средством в состоянии алкогольного опьянения. Имеется также связь с нарушениями общественного порядка, но сила этой связи опять же зависит от культурных условий.

Некоторые виды вреда от алкоголя связаны с реакциями других людей. Почти в каждом обществе употребление алкоголя в большей или меньшей степени морализируется, причем некоторым формам или обычаям употребления алкоголя иногда дается положительная оценка, но с другими формами всегда связывается отрицательная. В тех случаях, когда употребление алкоголя запрещено по религиозным или культурным соображениям, отрицательная оценка дается вообще любому употреблению алкоголя.

Так, Комитет признал, что формы употребления алкоголя отдельными людьми в повседневной жизни подвергаются социальной оценке в виде одобрения или неодобрения. Поэтому формы употребления алкоголя, особенно посредством их социальной оценки, участвуют в создании

социальных неравенств, которые не столько связаны непосредственно с социально-экономическим статусом, сколько с маргинализацией, исключением из общества и стигматизацией. Низкий социально-экономический статус также может сделать форму употребления алкоголя более видимой, а пьющего – более уязвимым для маргинализации и стигматизации. Более положительные оценки употребления алкоголя также могут оказывать отрицательное влияние на общественное здравоохранение, делая более трудной поддержку воздержания от употребления алкоголя или адекватную защиту более молодых людей от воздействия алкоголя.

Комитет считает, что во многих культурах существует четкая тенденция к маргинализации особенно тех, которые являются и бедными, и обычно пьяными, и что существует много путей, по которым бедность может создавать возможности для стигматизации пьянства или усиливать ее. Полицейский контроль за употреблением спиртных напитков в общественных местах обычно является более сильным в общинах бедного населения. Бедные люди из-за отсутствия средств часто менее способны избежать отрицательных социальных последствий своего питья; более богатые люди могут приобрести социальные или пространственные «амортизаторы» для своего поведения. Социальные реакции на то, что определяется как выходящее за установленные рамки поведение, может способствовать бедности: пьяница может потерять работу или его могут исключить из учебного заведения. Конечным результатом, особенно в богатых обществах, является очень сильное «перехлестывание» между самым маргинализированным населением и теми людьми, которые определяются как имеющие серьезные проблемы, связанные с алкоголем.

Маргинализация и стигматизация чрезмерного употребления алкоголя может считаться частью попыток общества контролировать и, по возможности, уменьшать объективный социальный вред от алкоголя. Однако, как уже отмечалось, это означает, что сам контроль часто причиняет дальнейший вред; усилия общества установить контроль посредством стигматизации могут привести к дальнейшей маргинализации. Комитет предложил, чтобы ВОЗ стимулировала дальнейшие исследования в этой области, обращая особое внимание на различия между отдельными мерами антиалкогольной политики в степени, в которой они вызывают стигматизацию, а также на то, как уменьшение стигматизации можно учесть в этой политике.

4.3 Выводы, касающиеся вреда, относимого к употреблению алкоголя

При рассмотрении фактических данных о вреде, относимом к употреблению алкоголя, Комитет пришел к выводу, что пагубное употребление алкоголя имеет непосредственные и долгосрочные последствия, влияющие на все аспекты жизни, причем алкогольная интоксикация ухудшает личную безопасность в результате ее связи с насилием и другими травмами, с

алкогольной зависимостью как существенным риском регулярного пьянства и с токсичным воздействием, потенциально поражающим все органы и системы организма. Бремя болезней, относимое к употреблению алкоголя, возникает среди молодежи и подростков и ложится больше на мужчин, чем на женщин. Комитет подчеркнул степень, в которой значительный и серьезный социальный вред и вред для здоровья наносит употребление алкоголя другим людям, помимо самих пьющих (то есть третьим сторонам).

Достигнут значительный прогресс в глобальной оценке вреда употребления алкоголя для здоровья. Комитет определил четыре приоритетные области для дальнейшей работы: (i) разработка показателей роли алкоголя в нанесении социального вреда; (ii) одновременно с этим – разработка показателей вреда употребления алкоголя для третьих сторон; (iii) проведение эпидемиологических исследований вклада алкоголя в заболеваемость и смертность от инфекционных болезней; и (iv) осуществление на регулярной основе в медицинских учреждениях неотложной помощи измерения степени участия алкоголя в травмах.

Комитет считает необходимым создать систему мониторинга, основанную на результатах предпринятой недавно ВОЗ работы, для слежения за показателями распространенности, коррелятами и тенденциями в проблемах здоровья, связанных с алкоголем, с помощью ежегодных докладов из государств-членов. Такая система мониторинга, по мнению Комитета, предоставит важную информацию для разработки антиалкогольной политики в государствах-членах и в международных масштабах.

Измерение социального вреда от употребления алкоголя еще недостаточно хорошо разработано, а наличие боли и страданий, связанных со многими формами социального вреда, означает, что эти виды вреда относятся к проблемам, охваченным определением здоровья, данным ВОЗ. Комитет определил измерение и мониторинг социального вреда от алкоголя в качестве области, заслуживающей пристального международного внимания и отметил, что ВОЗ может взять на себя лидирующую роль в этой области.

Комитет сделал вывод о том, что, в целом, бедные люди страдают от диспропорционального бремени вреда, относимого к алкоголю. В таких обстоятельствах действия общественного здравоохранения по уменьшению потребления алкоголя и связанного с ним вреда также служат интересам сокращения неравенств в отношении здоровья между более богатыми и более бедными людьми и группами населения.

5. Эффективные стратегии и практические меры по уменьшению вреда, связанного с употреблением алкоголя

За период после предыдущего доклада Комитета экспертов по проблемам, связанным с употреблением алкоголя, накопилось много научной лите-

ратуры о воздействии различных видов антиалкогольной политики и мер. Комитет, отметив важный шаг вперед, сделанный в исследованиях эффективности затрат различных стратегий (см., например, 33), принял фактические данные об эффективности в качестве предварительного руководства, так как исследования затрат-эффективности пока еще недостаточно сложились или были повторены, чтобы стать надежным руководством. Однако в целом Комитет признал значительное соответствие между исследованиями затрат-эффективности и своими выводами, основанными на научной литературе об эффективности.

Несмотря на то, что большинство оценок для определения эффективности этих различных видов политики были проведены в странах с высокими доходами, некоторые показатели были оценены в странах с низкими доходами. Учитывая тот факт, что фактические данные часто получаются из узкого диапазона стран, Комитет рассмотрел вопрос о применимости результатов исследований в странах с низкими доходами.

Комитет подчеркнул, что форма применения какой-либо эффективной меры должна соответствовать конкретному обществу. Здесь научная литература часто имеет мало ценности, и Комитет особо отметил необходимость собирать, анализировать и распространять данные о практическом опыте в тех местах, в которых были приняты конкретные меры. Особое значение имеют действия по решению проблем алкоголя в общинах и, в частности, в местах с высоким нерегистрируемым потреблением алкоголя. Безусловно, недостаточно принять закон без средств его применения, и составление перечня примеров практического опыта для осуществления в различных общественных условиях является неотложной необходимостью.

Обсуждение в Комитете разнообразной антиалкогольной политики происходило, главным образом, в соответствии с крупными подразделами в научной литературе, посвященными оценке. Эти подразделы частично отражают деятельность различных правительственных департаментов, социальных учреждений и профессий, но включают также различные теории воздействия политического вмешательства. Например, меры против пьянства, такие как уголовное законодательство или значительная часть мер административного права, основаны особенно на общем (первичном) удерживающем эффекте. В качестве стратегии общественного здравоохранения налоги на алкогольные напитки основаны на влиянии на потребительский спрос посредством увеличения стоимости по сравнению с альтернативными вариантами расходования средств. Антиалкогольное просвещение основано на том, что знания изменят поведение. Тот факт, что в основе каждого набора политических стратегий лежит теория воздействия и что эти теории широко сформировались в обществах в виде соответствующих социальных учреждений и профессий, дает некоторую гарантию того, что результаты одного общества будут применимы в другом, хотя на применимость, без сомнения, влияет специфический контекст конкретного общества.

5.1 Меры по уменьшению наличия алкоголя

Имеется значительный опыт в отношении государственного контроля производства, распространения и продажи алкогольных напитков. Одной из мер правительства установить контроль, является монополизация самой этой деятельности. История последних 150 лет в странах как с высокими, так и с низкими доходами богата примерами такой монополии производства, оптовой или розничной торговли. В ряде стран государственное владение и управление одной или несколькими частями алкогольного рынка продолжается и сегодня, хотя торговые соглашения и требования структурной перестройки уничтожили многие такие системы.

Общей альтернативой государственному управлению в этой области является регулирование частных интересов на алкогольном рынке. Обычно такое регулирование основывается на системе лицензирования частных предпринимателей – действие лицензий может приостанавливаться или они могут изыматься. Это означает, что контроль осуществляется с помощью административных мер в отношении тех, кто занимается этой деятельностью, подкрепленных, в случае необходимости, мерами уголовного законодательства. Такие средства применения являются для правительств более действенными и экономически эффективными, чем применение мер в отношении покупателей или потребителей.

Несмотря на то, что контроль на уровне производства или оптовой торговли является самым важным для доведения до максимума прохождения алкогольных напитков через законные каналы продажи, Комитет признал особое значение контроля на розничном уровне – как продажи в барах и ресторанах для потребления на месте, так и продажи в бутылках или банках для потребления в другом месте, - чтобы свести к минимуму вред от употребления алкоголя для здоровья и социальный вред.

Комитет рассмотрел фактические данные, показывающие, что монополии на розничную торговлю алкоголем являются эффективными в уменьшении показателей вреда, связанного с алкоголем (34). Важным механизмом этого является то, что такие системы, как правило, имеют меньше магазинов и эти магазины открыты в течение более короткого времени, чем магазины частных продавцов. Государственное управление такими системами заменяет также частные интересы, которые, в противном случае, действовали бы как группы давления для уменьшения контроля за продажей алкоголя. Учитывая их эффективность для целей общественного здравоохранения, Комитет признал, что следует направить усилия на поддержание функционирования таких систем и, разумеется, на увеличение их охвата.

В целом, количество пунктов продажи алкоголя связано с уровнем потребления алкоголя; потребление имеет тенденцию к увеличению, когда увеличивается число пунктов продажи. Эта взаимосвязь, по-видимому, является наиболее сильной, когда происходит значительное изменение

количества или видов таких пунктов продажи. Представляется также, что возникают особые проблемы, если пункты продажи группируются близко друг к другу, с конкретной связью между плотностью расположения пунктов продажи и степенью употребления алкоголя в возрасте, когда это запрещено законом (см. 29).

Так же как и количество пунктов продажи, часто регулируются часы и дни торговли. Комитет принял к сведению данные о том, что, хотя продление времени продажи и может перераспределить время, в течение которого происходят многие несчастные случаи, связанные с алкоголем, такое продление обычно не уменьшает показатели случаев насилия и часто ведет к общему увеличению потребления и проблем. В целом же, сокращение часов или дней продажи алкогольных напитков приводит к уменьшению числа проблем, связанных с алкоголем, включая убийства и нападения (34).

Комитет считает, что пределы наличия должны быть разумными с точки зрения экономической эффективности; в большинстве случаев система лицензий и соответствующее применение регулирующих мер финансируются из платы за лицензию. Ограничения на наличие могут создать возможности для параллельного незаконного рынка, например, для деятельности незаконных продавцов в часы после закрытия магазинов. Однако в отсутствие значительного внутреннего или полуправового производства в большинстве обстоятельств такие побочные эффекты можно удерживать в определенных границах с помощью правоприменительных мер. В тех случаях, когда существует крупный серый или черный рынок, ограничения с помощью лицензий, разумеется, могут повысить конкурентоспособность альтернативного рынка, и этот фактор необходимо учитывать при разработке политики.

5.2 **Цены и налоги на алкоголь**

Комитет рассмотрел фактические данные о том, что, в целом, пьющие люди реагируют на изменение цен на алкоголь так же, как на изменение цен на другие потребительские товары. При прочих факторах остающихся постоянными, повышение цен на алкоголь ведет к уменьшению потребления и вреда, связанного с алкоголем. Установлено, что во многих странах с высокими доходами спрос на алкоголь относительно неэластичен от цены, подобно многим другим потребительским товарам, - то есть изменение цены ведет к падению потребления, но к меньшему, чем увеличение цены. Это означает, что, наряду с тем, что увеличение налогов на алкоголь может быть использовано в качестве стратегии уменьшения потребления и вреда, в большинстве стран фактически увеличатся государственные поступления от налогов. Ограниченные данные, имеющиеся из стран с низкими и средними доходами, показывают структуру связи между ценой и потреблением, сходную со странами с высокими доходами, особенно по мере роста их экономики и увеличения личных доходов. Существование значительного серого или черного рынка алкоголя усложняет принятие политических

решений в отношении налогов на алкоголь; в таких обстоятельствах целесообразно сопровождать изменение налогов усилиями по установлению эффективного правительственного контроля над черным и серым рынком.

Комитет признал, что эластичность цен на различные напитки для различных стран и в различные периоды времени не является единообразной. Сравнения эластичности цен на пиво, спиртные напитки и вино выявили, что она ниже на напитки, широко предпочитаемые в определенной культуре или на конкретном рынке, чем на менее предпочитаемые напитки, содержащие алкоголь. Виды реагирования пьющих людей на изменение цен и компенсации этого изменения являются сложными из-за возможностей замещения (35). Если относительные цены снижаются, потребители склонны перейти к употреблению более дорогих напитков либо в той же категории, либо в других категориях напитков. Если цены повышаются, они сокращают общее потребление, но также переходят на более дешевые напитки. Чрезмерно пьющие, как правило, покупают более дешевые продукты в предпочитаемой ими категории напитков. Исследования эластичности также показывают колебания во времени реакций потребителей на изменение цен. Воздействие повышения цены на алкоголь может быть более сильным в долгосрочном плане, чем непосредственное воздействие. С точки зрения государственной политики более важным является долгосрочное воздействие.

Данные показывают, что употребление молодыми людьми особенно чувствительно к ценам (36). Политика, которая повышает цены на алкоголь, уменьшает долю молодых людей, чрезмерно употребляющих алкоголь, снижает потребление алкоголя в возрасте, запрещенном законом, и сокращает количество потребляемого алкоголя за один раз. Более высокие цены также откладывают на более поздний срок намерения подростков начать употребление алкоголя и постепенное увеличение количества потребляемого алкоголя.

Хотя иногда и считается, что на людей, чрезмерно употребляющих алкоголь, цены, вероятно, оказывают меньшее воздействие, Комитет признал, что фактические данные не свидетельствуют об этом, так как более высокие цены влияют на количество алкоголя, потребляемого часто и чрезмерно пьющими людьми. Этот вывод подтверждает большое количество данных, показывающих воздействие цен на вред, причиняемый алкоголем, и тем самым свидетельствующих об уменьшении более чрезмерного потребления алкоголя (34). Естественные события, произошедшие недавно в Европе в связи с изменениями, которые были необходимы вследствие экономических договоров, показали, что, когда были уменьшены налоги и цены на алкоголь, продажи алкоголя и его потребление увеличились (37). В некоторых юрисдикциях в Европе в ответ на увеличение потребления алкоголя молодыми людьми были внедрены специальные налоги на сладкие смешанные напитки на основе алкоголя (38). Это привело к уменьшению продаж и потребления этих напитков.

Комитет считает налоги на алкоголь высокоэффективной с точки зрения затрат стратегией сокращения распространенности проблем, связанных с алкоголем, и стратегией, которая может быть оправдана для компенсации затрат, связанных с вредом, наносимым алкоголем. Особенно в странах с высокими уровнями опасного употребления алкоголя налогообложение, возможно, является более экономически эффективным средством уменьшения проблем, связанных с алкоголем, чем другие виды антиалкогольной политики. Изменение налогов, хотя и является эффективным, не может быть первым вариантом выбора политики в странах с низкими уровнями проблем, где более эффективными с точки зрения затрат могут быть мероприятия, ориентированные на конкретные группы населения. Однако даже в таких странах изменение цен на алкоголь в сторону понижения или увеличения располагаемого дохода может подорвать такие мероприятия.

Воздействие увеличения налогов на алкоголь может быть уменьшено в результате незаконного производства, уклонения от налогов и незаконной торговли, контрабанды и приобретения в других странах. Если в соседних странах налоги являются гораздо более низкими и границы с ними плохо контролируются, это необходимо будет принять во внимание при принятии правительством решения о политике в области налогообложения. В таких ситуациях вполне обоснованным является соблюдение норм международной вежливости, в соответствии с которыми страны признают возможность обхода принятой ими антиалкогольной политики и принимают соответствующие меры, чтобы воспрепятствовать этому.

Таким образом, Комитет сделал вывод, что налогообложение и установление цен являются важными механизмами для сокращения спроса на алкогольные напитки и уровней проблем, связанных с алкоголем.

5.3 Ограничение продажи алкоголя

Несмотря на то, что полный запрет на продажу алкоголя принят в ряде стран с большинством мусульманского населения, а также в некоторых странах на местном уровне среди коренного населения, существуют также другие широко применяемые запрещения в конкретных местах, обстоятельствах или гражданских состояниях. Например, во многих странах существует запрещение употребления спиртных напитков в парках или на улицах в качестве средства улучшения условия жизни для местных жителей. Широко распространено также запрещение употребления алкоголя в конкретных условиях, например, на работе.

Одной из наиболее распространенных мер борьбы с употреблением алкоголя является установление минимального возраста для его приобретения или употребления. Имеется значительный объем фактических данных о воздействии законов, устанавливающих минимальный возраст для приобретения алкоголя, которые показывают, например, четкое снижение

числа жертв в связи с управлением автомобилем в состоянии алкогольного опьянения и ряда других показателей (34). Установление минимального возраста для приобретения алкоголя влияет как на частоту, так и на обстоятельства потребления алкоголя, хотя, как представляется, оно оказывает меньшее влияние на возраст начала употребления.

Однако Комитет подчеркнул, что эффективность запрещения продажи алкоголя несовершеннолетним в значительной мере зависит от степени применения ограничений, причем наиболее эффективным с точки зрения затрат средством является правоприменение в отношении продавцов, которые сильно заинтересованы в чистоте регистрации своих деловых операций и сохранении своего права на продажу алкоголя.

5.4 Регулирование обстоятельств употребления алкоголя

На связь между употреблением алкоголя и здоровьем или социальным вредом часто прямо или косвенно влияют физические или социальные обстоятельства – как обстоятельства, в которых происходит употребление, так и обстоятельства после употребления, когда человек находится в состоянии опьянения. Поэтому наиболее широко используемым подходом является изменение соответствующих обстоятельств в целях снижения вреда от употребления алкоголя. В те или иные времена формально и неформально применялись самые разнообразные способы изменения обстоятельств общественного употребления алкоголя, включая использование стаканов для питья, которые невозможно использовать как орудие нанесения вреда, или безопасную планировку помещений и использование услуг сотрудников безопасности, частично для уменьшения возможного насилия. С помощью различных средств главный акцент ставился на изменение поведения тех, кто подает алкогольные напитки, лиц, контролирующих вход в помещение, и сотрудников безопасности. В более ранних подходах основное внимание обращалось на добровольное участие учреждений и сотрудников. Однако скоро стало очевидным, что эти меры станут эффективными только если будут подкреплены официальной «внутренней» политикой в отношении поведения сотрудников и, что еще более важно, действиями полиции или инспекторов по проверке лицензий на продажу спиртных напитков (34). Некоторые исследования показали, что с помощью таких мер и внутренней политики «программы ответственного обслуживания», в которых обслуживающий персонал проходит подготовку по отказу в обслуживании тех, кто уже сильно пьян или не достиг положенного возраста, являются эффективными для снижения случаев управления автотранспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения или случаев насилия.

Комитет сделал вывод о том, что проблемы, которые могут быть предупреждены посредством изменения обстоятельств употребления (например, управление автомобилем в состоянии алкогольного опьянения или насилие), часто приводят к нанесению вреда другим людям. Этот аспект дает подходы, имеющие существенное значение и привлекательность для

политики. Но Комитет сделал также вывод о том, что применять такие подходы не имеет смысла, если они не подкреплены сильными мерами правоприменения, которые требуют адекватных ресурсов.

5.5 Ограничение маркетинга алкоголя

Комитет подчеркнул значение маркетинга алкоголя как одной из проблем общественного здравоохранения и, в частности, воздействие на детей и молодежь коммерческих сообщений об алкогольных напитках и марках как области, приобретающей все большее политическое значение. Хотя маркетинг алкоголя осуществляется с помощью все более изощренной рекламы в основных средствах массовой информации, он также пропагандируется путем связывания марок алкоголя со спортивными и культурными мероприятиями через спонсорство и скрытую рекламу, а также посредством прямого маркетинга, использующего новые технологии, такие как Интернет, «подкастинг» (автоматизированную рассылку рекламных сообщений на различные плееры через веб-сайты) и мобильные телефоны.

Несмотря на то, что более ранние эконометрические исследования связи между рекламой алкоголя и его потреблением дали смешанные результаты, Комитет отметил результаты недавних исследований, которые использовали самые современные методы и которые выявили воздействие рекламы алкоголя на поведение (39). Самые убедительные данные поступили из нескольких продольных исследований воздействия различных форм маркетинга алкоголя (рассмотрение степени воздействия рекламы алкоголя в обычных средствах массовой информации и скрытой рекламы в фильмах и в виде изображений марок алкоголя на различных товарах), все из которых показали небольшое, но значимое воздействие как на общее потребление алкоголя молодыми людьми, так и на возможность более чрезмерного употребления ими алкоголя (40, 41). Кроме того, последствия этого воздействия, по-видимому, являются кумулятивными, и на рынках с большей рекламой алкоголя молодые люди с большей вероятностью продолжают увеличение потребления алкоголя по мере приближения к двадцатипятилетнему возрасту, тогда как среди тех, кто менее подвергается воздействию рекламы, употребление алкоголя уменьшается раньше. Эти результаты воздействия, которое реклама может оказывать на поведение молодых людей, соответствуют результатам исследований курения среди молодых людей и пищевых предпочтений детей (42, 43).

Некоторые юрисдикции полагаются на «саморегулирование» - добровольные системы, применяемые отраслями, участвующими в маркетинге алкоголя (включая рекламу, средства массовой информации и производителей алкоголя), причем такие системы пропагандируются как наиболее целесообразный подход (44). Комитет считает, что эти добровольные системы не предотвращают тот вид рекламы, который оказывает воздействие на молодых людей, и что саморегулирование,

как представляется, работает только в той степени, в какой существует немедленная и реальная угроза со стороны правительственного регулирования (45). Комитет сделал вывод, что если отраслевые процессы, связанные со стандартами рекламы алкоголя, не будут помещены в правовые рамки, не будут контролироваться и рассматриваться правительственным учреждением, правительство может обнаружить, что разрешение осуществления отрасли саморегулирования приводит к потере политического контроля за маркетингом продукта, который оказывает серьезное влияние на здоровье населения.

5.6 Меры против управления автотранспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения

Меры по сокращению числа жертв в результате управления автотранспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения (вождения в нетрезвом состоянии) – это наиболее изученные стратегии сокращения проблем, связанных с алкоголем. Следует отметить, что ряд других стратегических мер, например, законы о минимальном возрасте и принудительные программы подготовки обслуживающего персонала, также продемонстрировали эффективность в снижении числа жертв в результате вождения в нетрезвом состоянии и также могут быть рассмотрены в качестве мер, направленных против управления автотранспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения. И напротив, следует признать, что во многих странах с низкими доходами травмы пьяных пешеходов более распространены, чем травмы водителей и пассажиров, так что даже самые эффективные меры против вождения в нетрезвом состоянии не смогут сократить значительной части дорожно-транспортного травматизма, связанного с употреблением алкоголя.

Установление максимального предела концентрации алкоголя в крови для вождения является хорошо сложившейся и широко распространенной мерой против вождения в нетрезвом состоянии. С годами во многих странах максимальный уровень снизился и составляет от 0 или 0,02 г/100 мл в ряде стран до 0,05 г/100 мл или менее в большинстве стран Европы. Есть убедительные свидетельства того, что, по крайней мере в странах с высокими доходами, как установление максимума для концентрации алкоголя в крови, так и его снижение являются эффективными для уменьшения числа жертв в результате вождения в нетрезвом состоянии. Имеются также убедительные данные о том, что активные выборочные проверки дыхания на содержание алкоголя, когда полицейские регулярно и на выборочной основе останавливают водителей для проверки концентрации алкоголя в крови, а также контрольно-пропускные пункты на трезвость, когда останавливаются все автомобили и проверка дыхания для определения концентрации алкоголя в крови проводится у подозреваемых в вождении в нетрезвом состоянии водителей, сокращают число травм и случаев смерти, связанных с алкоголем. Комитетом были отмечены также

другие эффективные меры: установление более низкого максимального предела концентрации алкоголя в крови (близкого к нулю) для молодых водителей или новичков в вождении; административное временное лишение водительских прав водителей, концентрация алкоголя в крови которых была выше установленного предела (особенно в правовых системах, в которых судебное разбирательство случая вождения в нетрезвом состоянии может быть отложено или успешно оспорено адвокатом); и для повторных нарушителей обязательное лечение или установка блокировки зажигания – механического устройства, не дающего возможности управлять автотранспортным средством в случае превышения максимального разрешенного уровня концентрации алкоголя в крови.

В ряде стран с высокими доходами применение эффективных контрмер в течение определенного периода времени позволило резко снизить число жертв вождения в нетрезвом состоянии (46). Применение разнообразных контрмер само по себе отражает наличие сильной общественной и политической воли принять довольно жесткие контрмеры. И наоборот, обычно принятие мер само по себе усиливает волю общества. Комитет считает историю мер против вождения в нетрезвом состоянии как возможность извлечения некоторых уроков для постепенного осуществления других стратегий уменьшения распространенности проблем, связанных с алкоголем.

5.7 Просвещение и убеждение

С целью уменьшения вреда, связанного с алкоголем, применялись разнообразные подходы к просвещению и убеждению людей по вопросам алкоголя, включая: просвещение молодых людей в учебных заведениях; кампании информирования в средствах массовой информации и недавно – с помощью интерактивных сайтов в Интернете и выпуска рекомендаций в отношении употребления алкоголя; маркировку алкогольных напитков информацией о вреде для здоровья; мероприятия в школах вместе с семейными инициативами и в рамках программ действий в общинах; и инициативы в общинах, направленные на изменение привычных представлений о потреблении и распространении алкоголя.

По мнению Комитета, несмотря на то, что предоставление информации и убеждение всегда являются привлекательными в качестве средства уменьшения вреда, связанного с алкоголем, особенно для молодых людей, теория и практика свидетельствуют о том, что эти средства вряд ли добьются устойчивых изменений поведения, особенно в условиях наличия многих конкурирующих сообщений в форме маркетингового материала и социальных норм в поддержку употребления алкоголя и в условиях легкой доступности алкоголя.

Комитет отметил опубликованные результаты ряда глубоких систематических обзоров оценок просветительских мероприятий в школах,

направленных на уменьшение вреда, связанного с алкоголем (см., например, 47), и сделал вывод, что эти результаты не подтверждают эффективность школьного просвещения в качестве меры по уменьшению вреда, связанного с алкоголем. Хотя и есть свидетельства положительного воздействия на расширение знаний об алкоголе и улучшение отношения к алкоголю, нет данных об устойчивом воздействии просвещения на поведение.

Комитет признал, что, в целом, кампании информации общественности являются неэффективным противоядием от высококачественных сообщений в поддержку употребления алкоголя, гораздо чаще появляющихся в средствах массовой информации. Он признал также, что воздействие антирекламы (варианта кампаний информирования общественности, в ходе которых дается информация о продукте, его воздействии и об отрасли, которая его пропагандирует, с тем чтобы уменьшить его привлекательность и потребление) было неубедительным. Тем не менее Комитет отметил существование некоторых данных о воздействии кампаний в средствах массовой информации на снижение потребления алкоголя и вождение в нетрезвом состоянии, особенно в юрисдикциях с существующей сильной политикой в отношении потребления алкоголя и вождения в нетрезвом состоянии (48). Несмотря на то, что в ряде стран провозглашены принципы в отношении употребления алкоголя, отсутствуют оценки какого-либо воздействия этих принципов на вред, связанный с алкоголем.

Результаты оценочных исследований обязательных предупреждений о вреде для здоровья, наносимых на этикетки алкогольной продукции, не демонстрируют, что такие предупреждения способствуют изменению поведения в отношении собственно потребления алкоголя (34). По-видимому, влияние оказывают некоторые промежуточные факторы, такие как намерение изменить форму употребления (в связи с ситуациями повышенного риска, такими как вождение в нетрезвом состоянии), беседы по поводу употребления алкоголя и готовность принять практические меры в отношении людей, злоупотребляющих алкоголем с риском для здоровья. Комитет обратил внимание на то, что этот результат противоречит данным о табаке, которые свидетельствуют о наличии воздействия, но это может отражать характер предупреждающей маркировки, так как считается, что внедрение более четких и крупных предупреждающих надписей на всех сторонах пачек сигарет повлияло на поведение.

Комитет считает, что некоторые данные подтверждают целесообразность объединения мероприятий в школах и общинах, отчасти из-за того, что мероприятия в общинах могут добиться успеха в ограничении доступа к алкоголю молодых людей (34). Пропаганда в средствах массовой информации является важным компонентом программ действий в общинах, который оказывает воздействие на употребление алкоголя молодыми людьми и на вред, связанный с алкоголем, такой как дорожно-транспортные происшествия и насилие. Пропаганда в таких средствах может просвещать общественность и основных участников в общине,

в результате чего повышается внимание к алкоголю в политических и общественных повестках дня. Это может привести к пересмотру решения проблем, связанных с алкоголем, и принятию скоординированного подхода соответствующими секторами, такими как органы здравоохранения, правоохранительные органы, неправительственные организации и муниципальные органы (49).

Комитет признал, что другим подходом к действиям в общинах в странах с низкими доходами является поощрение общин и мобилизация общественного мнения для преодоления местных детерминант увеличенного потребления алкоголя и связанных с ним проблем. Примеры того, как общины могут воздействовать на такие детерминанты, включают противодействие привлекательности алкоголя и его употребления, снижение несправедливых привилегий, связанных с употреблением алкоголя, улучшение признания каждым человеком характера и масштаб последствий для здоровья и социальных последствий пагубного употребления алкоголя, признание влияния и противодействие влиянию, способствующему увеличению потребления алкоголя, соответствующее поощрение отказа от употребления или сокращение потребления, или же изменение формы употребления, а также поощрение проведения эффективной политики на местном и других уровнях (50).

5.8 Раннее вмешательство и лечебные службы

Комитет считает раннее вмешательство и лечение людей с расстройствами, связанными с алкоголем, как потенциально служащие трем целям в качестве: гуманного подхода к облегчению людских страданий; метода сокращения потребления населением алкоголя и вреда населению; и способа сокращения расходов медико-санитарной помощи в связи с алкоголем. Чрезмерно потребляющие алкоголь люди создают диспропорциональное бремя для систем здравоохранения, социальной помощи и уголовного судопроизводства, по сравнению с непьющими или незначительно потребляющими людьми. Они также способствуют диспропорционально большой сумме нематериальных затрат чрезмерного употребления, включая вред семьям и проблемы на рабочих местах.

Комитет признал, что в большинстве стран группа лиц, обращающихся за лечением или нуждающихся в лечении, является гетерогенной с точки зрения остроты алкогольных проблем, а также с точки зрения сопутствующих состояний, таких как физические и психические расстройства. Следовательно, диапазон вмешательств, необходимых для удовлетворения потребностей этой группы, неизбежно является широким – от кратких вмешательств в пунктах оказания первичной помощи до более интенсивного лечения в специализированных учреждениях.

Комитет принял к сведению наличие большого объема данных, поступивших из многочисленных медицинских учреждений различных

стран, которые свидетельствуют о действенности и экономической эффективности оппортунистического скрининга и кратких вмешательств для лиц с опасным или пагубным употреблением алкоголя, но без острой зависимости от алкоголя (51). Эти технологии, основанные на фактических данных, получили широкое распространение в мире и сейчас применяются и оцениваются в демонстрационных программах в странах как с высокими, так и с низкими доходами (52). Комитет положительно оценил важную роль, которую ВОЗ играла в течение многих лет в международной координации усилий по испытанию и пропаганде этих вмешательств посредством спонсорства проекта по выявлению и ведению проблем, связанных с алкоголем (53). Комитет признал, что, если эти программы будут широко приняты в национальных или региональных системах медико-санитарной помощи, воздействие на чрезмерное потребление алкоголя на уровне всего населения будет значительным. Он признал также, что осуществление таких программ не стало обычным делом и что необходима дальнейшая демонстрация эффективных практических подходов (54).

Комитет отметил, что для людей с более сильной алкогольной зависимостью и связанными с ней проблемами в амбулаторных и стационарных условиях были оценены самые разнообразные подходы, основанные на специализированном лечении, включая поведенческие, психосоциальные и фармакологические вмешательства различной интенсивности. Он отметил также данные о том, что отдельные люди, прошедшие такое лечение, особенно если лечение было предоставлено своевременно, достигали лучших результатов, чем люди, не получавшие лечения (55). Кроме того, для обычных людей эффективность такого лечения была практически сопоставимой, независимо от интенсивности, условий или мест. Однако Комитет пришел к выводу, что для отдельных людей с более сложными потребностями или ограниченной поддержкой в общине потребуются более интенсивные подходы (56). Он также подчеркнул значение адекватной политики лечения и наличия нестигматизирующих и конфиденциальных служб для людей с расстройствами, связанными с алкоголем.

Несмотря на наличие данных, свидетельствующих о том, что инвестиции в специальные виды лечения в странах с высокой распространенностью проблем алкоголя могут дать экономию обществу, в странах с низкой распространенностью среди населения расстройств, связанных с алкоголем, более эффективным с точки зрения затрат подходом могут быть краткие вмешательства. Организации взаимопомощи существуют во всем мире и они были оценены в ограниченном числе исследований. Результаты свидетельствуют о нарастающем эффекте, если услуги, предоставляемые организациями взаимопомощи, объединяются с лечением в официальных учреждениях, и такие организации могут оказывать поддержку в поддержании долгосрочной трезвости (57).

5.9 Выводы, касающиеся эффективных стратегий по уменьшению вреда, связанного с употреблением алкоголя

В настоящее время имеется значительная база фактических данных об относительной эффективности различных стратегий уменьшения показателей вреда, связанного с алкоголем. К сожалению, большая часть этих данных была получена в конкретной группе стран с высокими доходами, где проблемы алкоголя хорошо признаны как проблемы здоровья и социальные проблемы и где существует традиция использовать в политике результаты социальных и оценочных исследований. Комитет отметил значение обоих этих факторов и подчеркнул необходимость в более широком принятии принципа, заключающегося в том, что во всех случаях, когда происходит изменение антиалкогольной политики, необходимо выделять ресурсы на последующую оценку воздействия.

Несмотря на некоторые недостатки, существует достаточная база данных для отбора стратегий на основании их относительной эффективности. В целом, результаты исследований показывают, что условия снабжения алкоголем – когда и в каких обстоятельствах алкоголь имеется в наличии – могут значительно повлиять на степень распространенности проблем, связанных с алкоголем. Конкретное законодательство по борьбе с алкоголем и системы лицензирования доказали свои преимущества в разнообразных социально-культурных условиях. Эффективные аспекты таких систем включают ограничения на плотность размещения пунктов продажи и на часы продажи. Запрещение продажи лицам, не достигшим минимального возраста для приобретения алкоголя, и лицам в состоянии алкогольного опьянения также является широко распространенным и потенциально эффективным средством. Не менее важным является эффективное применение правил системы. Высокие ставки налогообложения на алкогольные напитки тоже доказали свою эффективность как стратегии борьбы с уровнями проблем, связанных с алкоголем. Какими бы ни были их другие функции для правительств, налоги на алкоголь следует рассматривать как вопрос общественного здравоохранения и как часть антиалкогольной политики.

Комитет сделал вывод, что фактические данные также подтверждают эффективность конкретного набора мер против вождения в нетрезвом состоянии. Они включают особенно установление низкого уровня концентрации алкоголя в крови в качестве допустимого для вождения и активное применение этого предельного уровня в программах выборочной проверки дыхания на содержание алкоголя или другие эквивалентные меры.

Другим выводом Комитета было то, что оценка употребления алкоголя и краткие вмешательства в контексте служб первичной медико-санитарной помощи обладают доказанной эффективностью в уменьшении чрезмерного употребления алкоголя или проблем, связанных с алкоголем, в самых разнообразных социально-культурных ситуациях. Комитет предложил,

чтобы дальнейшее развитие этих усилий было сосредоточено на проектах, демонстрирующих, как стратегии могут осуществляться на постоянной основе в различных системах здравоохранения. И наконец, Комитет подчеркнул необходимость в адекватной политике лечения для обеспечения доступа людей с расстройствами, связанными с употреблением алкоголя, к лечебным мероприятиям, основанным на фактических данных, и к службам в общине.

6. **Разработка антиалкогольной политики**

Комитет считает главной целью антиалкогольной политики укрепление здоровья и социального благополучия населения. Кроме того, эта политика может способствовать несостоятельности рынка посредством удержания детей от потребления алкоголя, защиты других людей, помимо пьющих, от вреда, наносимого алкоголем, и предоставления всем потребителям информации о последствиях употребления алкоголя. Поскольку правительства обращают все больше внимания на неравенства в отношении здоровья, дополнительной политической целью становится сокращение неравенств в отношении плохого состояния здоровья в связи с алкоголем.

Оптимальные уровни антиалкогольной политики будут зависеть от конкретных целей каждого общества и готовности принять различные инструменты политики. Например, любая попытка определить оптимальный налог на алкоголь зависит от выяснения масштабов затрат для всех потребителей и непотребителей, а также от определения различий в затратах потребителей с различными уровнями доходов. Она зависит также от конкретных ценностей в обществе, таких как степень, в которой должны быть защищены дети, и конкретная цель, которую стремится достичь налог, например, конкретное увеличение дохода или конкретное уменьшение бремени болезней, связанного с алкоголем.

Успешные виды политики, вероятно, будут иметь определенные общие черты. Одной из них является предоставление политикам «права собственности» на отдельные мероприятия, посредством передачи им результатов исследований, на которых базируются мероприятия. Чрезвычайно важное значение имеют четкие цели, планы управления, обоснованная информация и регулярные обзоры. Необходимо, чтобы политика и программы были чувствительными к культурным ценностям и историческому опыту страны. И наконец, важной характеристикой успешных программ является их способность привлечь многие различные сектора правительства, занимающиеся вопросами употребления алкоголя и его вреда.

6.1 **Создание базы знаний для разработки антиалкогольной политики**

Всем видам политики и действий по улучшению здоровья населения необходима прочная база знаний, а также необходимо, чтобы научные

исследования и фактические данные считались в обществе наиболее ценными и важными средствами создания основ для лучших стратегий улучшения здоровья населения. Растущая роль исследований означает, что научному сообществу следует принимать большее участие в разработке научно обоснованных, социально подходящих и практически осуществимых основ для решений в рамках антиалкогольной политики.

Для конструктивного содействия обсуждению политики научному сообществу необходимо своевременно определять вопросы исследований, относящиеся к политике, чтобы данные были в наличии, когда они необходимы, проводить высококачественные исследования, а также интерпретировать и распространять данные таким образом, чтобы они были полезными для обсуждения политики. Это может также включать повторное представление уже имеющейся информации, когда в ней вновь возникнет необходимость в политической повестке дня. Такой постоянный вклад возможен только в контексте долгосрочной финансируемой государством программы, предназначенной для привлечения членов научного сообщества каждой страны к участию в сборе, оценке и интерпретации научных данных, необходимых для антиалкогольной политики страны.

Ответственность за преобразование результатов научных исследований в эффективную политику распределена между разнообразными государственными учреждениями и группами по защите общественных интересов. Кроме того, должны существовать систематические механизмы, обеспечивающие фактическое использование новых данных исследований в политике и практической деятельности программ. Далее, необходимы механизмы для выявления пробелов в фактических данных. Такие пробелы должны быть заполнены с помощью новых исследований в областях, в которых база данных является недостаточной, включая более широкую оценку экономической эффективности вмешательств. Специальные усилия следует направить на развитие исследований в области прогнозирования будущих тенденций, потребностей и задач антиалкогольной политики.

6.2 Сектора и антиалкогольная политика

Осуществление национальной антиалкогольной политики по сути является межсекторальной задачей. Все более признается, что политика во многих других секторах, помимо здравоохранения, может воздействовать на потенциал пагубного употребления алкоголя.

Налоги на алкоголь могут не только уменьшить вред, наносимый алкоголем, но и дать дополнительный доход для правительства. Налоги могут быть установлены на максимально возможном уровне их поступлений, что достигается редко. Комитет отметил, что такие налоги являются эффективным источником доходов для финансирования государственных программ, усиливающих справедливость. При рассмотрении фактических

данных Комитет отметил, что существуют две общие ситуации, когда повышение налогов на алкоголь может не привести к увеличению поступлений: когда отсутствует эффективный контроль за степенью уклонения от уплаты налогов на алкоголь; и когда потребление алкоголя необычно чувствительно к цене, хотя это и не было обнаружено в обычных ситуациях даже в странах с высокими налогами.

В содействии производству, распространению, установлению цен и продаже алкоголя присутствуют значительные коммерческие интересы. В этом участвуют не только производители и оптовые торговцы, которые часто являются крупными предприятиями, но и розничные торговцы, которые продают алкогольные напитки в барах, ресторанах и в других пунктах продажи. Алкогольная промышленность стала принимать все большее участие на политической арене. Отчасти это происходит посредством финансирования национальных, региональных и глобальных организаций «по социальным аспектам», которые организуют и финансируют отдельные профилактические инициативы или формируют благожелательные для отрасли мнения в отношении проблем алкоголя и политики и содействуют концепции корпоративной социальной ответственности (58). Комитет предупредил, что частному сектору не следует пытаться выполнять работу за правительства, которые являются надлежащими защитниками общественных интересов. Вместе с тем, Комитет считает, что алкогольная промышленность должна играть особую роль в реализации некоторых конкретных видов политики и программ, связанных с алкоголем. Это может включать обеспечение подготовки всего обслуживающего персонала, принимающего участие в цепи продажи алкоголя, в целях обеспечения ответственного соблюдения законов и уменьшения распространенности опасного употребления алкоголя, а также обеспечения такого положения, при котором алкоголь не будет в наличии для тех, кто не достиг установленного возраста.

Обладая опытом в вопросах, касающихся общественного здравоохранения, медико-санитарные работники во всем мире могут взять на себя лидирующую роль в уменьшении вреда, наносимого алкоголем, не только посредством интеграции оценки и вмешательств в отношении опасного и пагубного употребления алкоголя в медико-санитарную помощь, но и посредством информированной поддержки антиалкогольной политики. Всем тем, кто заинтересован в общественном здравоохранении, следует всесторонне и широко рассмотреть потребности в антиалкогольной политике всего общества, проанализировать общие стратегии, создать новаторские сети для действий многих различных участников и, в целом, быть катализатором изменений. В этом отношении всем заинтересованным в общественном здравоохранении необходимо признать значение средств массовой информации при обсуждении политики на национальном и местном уровнях. Охват средствами массовой информации конкретных вопросов имеет функцию формулирования повестки дня – то есть, эти

средства влияют на то, воспримут ли политики проблему и насколько важной она будет для них. Пропаганда в средствах массовой информации может быть также использована для содействия сдвигу в общественном мнении в пользу изменения политики.

Комитет считает важной роль неправительственных организаций в рассмотрении и реализации антиалкогольной политики. В качестве жизненно важного компонента современного гражданского общества неправительственные организации могут повышать информированность населения по вопросам и проблемам, вызывающим обеспокоенность, пропагандировать изменения и строить диалог по вопросам политики. Страны со скудными ресурсами в значительной мере полагаются на неправительственные организации и группы, такие как группы самопомощи и женские группы, для решения проблем, связанных с алкоголем. Комитет подчеркнул значение участия организаций гражданского общества, не имеющих конфликта интересов, для противодействия групповым коммерческим интересам, которые, в противном случае, могли бы доминировать при принятии политических решений.

6.3 Антиалкогольная политика на различных уровнях юрисдикции

Хотя антиалкогольная политика традиционно является вопросом национального и субнационального уровней, в последние десятилетия эта ситуация во многих отношениях изменилась. Одновременно со значительным увеличением торговли и поездок появилось гораздо больше возможностей для перевозки алкогольных напитков через национальные границы либо через систему беспошлинной торговли, либо иным легальным способом, либо в качестве контрабанды. Транснациональные аспекты производства и распространения алкоголя приобрели огромные масштабы в виде экспорта и импорта, быстро консолидирующихся мультинациональных производителей, международного лицензирования и соглашений о совместном производстве, а также мультинациональных рекламных агентств для продвижения продукции на рынок. Другим важным фактором является рост наднациональных общих рынков и международные торговые соглашения.

В отношении национального уровня Комитет считает, что он является в конечном счете ответственностью правительства, которое отвечает за разработку и осуществление четкой антиалкогольной политики во всей стране. В политических системах на национальном уровне редко доминирует один директивный орган, скорее есть тенденция к децентрализации и делегированию полномочий разнообразным и иногда конкурирующим директивным органам, таким как министерства здравоохранения, транспорта или налоговое управление. Поэтому необходимо создать постоянный и эффективный механизм координации, например национальный совет по алкоголю, включающий представителей старшего уровня из соответствующих министерств и других партнеров,

для обеспечения согласованного подхода к антиалкогольной политике, а также к постановке и достижению целей этой политики.

Поддержку осуществлению национальной антиалкогольной политики могут оказывать планы действий не только на национальном уровне, но и на субнациональном и муниципальном уровнях, имеющие четкие цели, стратегии и задачи, основанные на законах, и использующие административные, финансовые и управленческие рычаги. Комитет считает, что эффективный подход к антиалкогольной политике требует, чтобы все сектора общества были подотчетны за воздействие на здоровье их политики и программ. Он отметил, что одним из методов получения средств для финансирования программ по уменьшению вреда, наносимого алкоголем, является специальный налог на алкоголь.

Комитет признал, что осуществление политики на местном уровне имеет ряд преимуществ. Местные жители находятся в непосредственной близости к местам возникновения проблем, связанных с алкоголем. Общины должны заниматься вопросами, связанными с травматизмом и смертью в результате дорожно-транспортных происшествий. Часто они должны обеспечивать больничные службы и службы неотложной медицинской помощи, а также принимать меры для людей с расстройствами, вызванными употреблением алкоголя. Алкогольные проблемы являются личным опытом членов общины, и усилия по предупреждению или сокращению будущих проблем также являются личным вопросом. Однако общим опытом является то, что принятию местной антиалкогольной политики препятствуют ограничения на действия на местах, налагаемые национальными или региональными органами. Важно, чтобы местные органы имели средства и полномочия предпринимать действия по уменьшению вреда, связанного с алкоголем, в своих общинах до самого низкого возможного уровня. Данные, представленные Комитету, продемонстрировали воздействие политических мер в городах на уменьшение насилия и повышение безопасности граждан (*см., например, 59*).

6.4 **Выводы, касающиеся разработки антиалкогольной политики**

Комитет сделал вывод, что при разработке антиалкогольной политики присутствуют многочисленные конкурирующие интересы, участвуют многие различные сектора и потребность в этой политике существует на многих различных уровнях. На антиалкогольную политику отчасти также влияют сильные символические и определяемые ценностями мнения, которые часто варьируются между обществами. Комитет считает, что, хотя антиалкогольная политика является ответственностью правительства, это не означает, что правительству необходимо финансировать и проводить все мероприятия. Однако Комитет пришел к выводу, что правительству страны через министерство здравоохранения следует нести главную ответственность за коллективное осуществление эффективного руководства антиалкогольной политикой, главным образом, с помощью плана

действий с четкими целями, стратегиями и задачами. Далее, он сделал вывод о необходимости для правительств знать, когда антиалкогольная политика наилучшим образом осуществляется на местном и муниципальном уровнях, когда следует соблюдать взаимные обязательства стран в отношении антиалкогольной политики и когда коллективные действия как на региональном, так и на глобальном уровне являются более целесообразными.

Следующим выводом Комитета было то, что рациональная разработка политики в отношении алкоголя требует рассмотрения видов фактических данных, возможностей их использования и практических способов принятия политических решений – многомерного характера ответных мер и их динамического взаимодействия. Различные виды политики также должны учитывать экономические и социальные условия, полномочия и компетенции различных уровней государственного управления, формы употребления алкоголя, а также характер и масштабы вреда, связанного с алкоголем, в конкретном обществе.

7. **Последствия для международных действий**

Антиалкогольная политика традиционно является вопросом национальных и субнациональных уровней. Действительно, большинство алкогольных напитков по-прежнему потребляется в стране производства. Государственный контроль рынка алкоголя осуществляется либо на национальном уровне, либо, чаще всего в странах с федеративным государственным устройством, в основном на субнациональном уровне. Здравоохранительные и социальные системы, созданные для реагирования на проблемы алкоголя, являются национальными или субнациональными и часто во многих отношениях управляются на местном уровне. В последние десятилетия экспорт и импорт алкогольных напитков значительно увеличились, так же как деятельность мультинациональных рекламных агентств по продвижению их на рынок. Произошло также значительное увеличение международных соглашений о производстве и распространении алкогольных напитков.

7.1 **Международные аспекты борьбы с алкоголем**

Рост наднациональных общих рынков и международных торговых соглашений привел в некоторых юрисдикциях к ухудшению позиции автономной национальной антиалкогольной политики, и соображения общественного здравоохранения стали подчиняться логике свободного рынка и свободной торговли. Существует много случаев, когда страны в той или иной части мира под воздействием таких соглашений были вынуждены ослаблять важные аспекты своей антиалкогольной политики или отказываться от них, так как алкоголь в контексте таких рынков или соглашений считался таким же предметом потребления, как и другие (60). Политика в отношении алкоголя должна соответствовать юридическим

обязательствам, взятым государствами друг перед другом в рамках международных договоров, заключенных за период после окончания Второй мировой войны на глобальном и региональном уровнях. Эти обязательства сокращают возможности для государства принимать протекционистскую политику, но для общественного здравоохранения это означает возможность двоякого толкования. Некоторые комментаторы, особенно из кругов медицинских и социальных наук, выражают обеспокоенность тем, как торговые правила (особенно на глобальном уровне) могут препятствовать политике здравоохранения или социальной политике в рамках торговой системы, которая ставит коммерческие интересы выше интересов здоровья (см., например, 61). Другие, главным образом из деловых, правительственных или экономических кругов, с уверенностью отвечают, что правительства не подвергаются такой опасности в своей деятельности до тех пор, пока следуют правилам (см., например, 62).

Комитет был проинформирован о том, что Всемирная ассамблея здравоохранения в мае 2006 г. признала, что международная торговля и торговые соглашения ставят серьезные вопросы для обсуждения с точки зрения интересов общественного здравоохранения в целом и призвала государства-члены «решать потенциальные задачи в сфере здравоохранения, которые могут быть обусловлены торговлей и торговыми соглашениями» (WHA59.26). Всемирная торговая организация (ВТО) функционирует в соответствии со своими наднациональными полномочиями и оспаривает рамки резолюции. Правила ВТО являются юридически обязательными, то есть члены этой организации обязаны привести несогласующиеся меры в соответствие с правилами ВТО или же они будут подвергаться торговым санкциям до тех пор, пока не сделают этого. Первоначально торговые договоры охватывали алкоголь как товар, или предмет потребления, подобно всем другим. Более недавно торговые договоры (в частности, Генеральное соглашение по торговле услугами) стали расширять охват и на связанные с алкоголем услуги и инвестиции. В обоих случаях охват алкоголя является широким и применение правил об услугах и инвестициях может иметь важные последствия для общественного здравоохранения. Так, связанные с алкоголем услуги включают: пивоварение и дистилляцию алкоголя; транспортировку алкоголя; распространение алкоголя; рекламу алкоголя; продажу алкоголя в ресторанах; продажу алкоголя для потребления в других местах; и решение проблем, связанных с алкоголем. Современные торговые договоры, такие как Генеральное соглашение по торговле услугами (ГАТС), определяют термин «инвестиции» очень широко и включает большинство видов прямых и косвенных собственных интересов, интеллектуальную собственность, а также контракты, лицензии, утверждения, разрешения и другие права собственности, все из которых могут влиять на антиалкогольную политику, основанную на охране здоровья.

В отдельных статьях соглашений ВТО говорится, что ничто в таких соглашениях «не должно истолковываться как препятствующее прин-

ятию или применению любой договаривающейся стороной мер, необходимых для защиты здоровья людей» до тех пор, пока эти меры не являются «скрытым ограничением для торговли» или «неоправданной дискриминацией» (63). Это налагает на страну, отстаивающую свою политику здравоохранения, бремя доказательства того, что нет «менее ограничительной для торговли» альтернативы, которая имела бы тот же эффект, и что эта политика осуществляется добросовестно. Если оспариваемая мера признается очень важной для такой цели, как здоровье, она будет поддержана ВТО, даже если она является сильно разрушительной для торговли. Однако бремя этой «проверки необходимости» может быть значительным и трудным, а это означает, что одной цели защиты недостаточно для отстаивания политики здравоохранения на практике. Действительно, аргументы защиты национального закона в рамках общих исключений были успешными только дважды за всю пятидесятилетнюю историю принятия решений ГАТТ и ВТО (64).

Комитет признал потенциальные преимущества уже существующих механизмов, в которых алкоголь и табак исключаются из торговых соглашений, таких как Торговое соглашение тихоокеанских островных стран и экономические договоры Содружества независимых государств. Комитет также отметил, что для некоторых договорных обязательств в рамках Европейского союза ограничения свободной торговли могут отстаиваться на основании интересов здоровья и на условиях, подобных условиям, принятым ВТО. Однако в ВТО эти ограничения должны определяться как пропорциональные ответные меры; то есть они не должны выходить за рамки необходимого для достижения их цели, что особенно важно для правил, касающихся рекламы, так как считается, что это может уменьшить возможности успешно вступить на рынок для иностранных фирм, по сравнению с уже устоявшимися на рынке, и тем самым иметь протекционистский эффект. Однако Комитет отметил, что в трех конкретных случаях Европейский суд недвусмысленно поддержал запрет на рекламу, включая поддержку запрета Франции на рекламу алкоголя в «радиовещании на две страны».

Алкоголь является одним из самых сильных психоактивных веществ, вызывающих зависимость, которое наносит значительный вред здоровью, широко употребляется во всем мире и в настоящее время не охвачено ни одним международным договором. По мнению Комитета, сообществу общественного здравоохранения необходимо рассмотреть различные существующие варианты для усиления действий в отношении антиалкогольной политики на международном уровне. Комитет обратил внимание на следующие варианты возможных глобальных регулирующих рамок, основанных на существующих примерах: международный свод правил маркетинга, ориентированный на общественное здравоохранение, аналогичный Международному своду правил сбыта заменителей грудного

молока; включение алкоголя в список в соответствии с Конвенцией 1971 г. о психотропных веществах, учитывая свойства алкоголя как психоактивного вещества, злоупотребление которым создает проблемы для общественного здравоохранения и социальные проблемы; заключение нового международного договора по образцу Рамочной конвенции по борьбе против табака (65). В отношении последнего варианта Комитет признал, что, хотя между табаком и алкоголем как международными товарами, имеющими значение для общественного здравоохранения, имеется много сходств, любой подобный договор должен быть приспособлен к специфическим характеристикам алкоголя и характеру проблем, вызываемых алкоголем. Рассмотрев этот вопрос далее, Комитет признал возможность определения других вариантов для дальнейших действий. Независимо от его формы, необходим механизм, который институционализирует интерес общественного здравоохранения к алкоголю как к специфическому товару и обеспечит рамки для совместных международных действий в целях сокращения распространенности проблем, связанных с алкоголем, во всем мире.

7.2 Роль ВОЗ

Комитет признал, что международным органом, наиболее активно занимающимся вопросами алкоголя, является ВОЗ и что ее руководящий орган – Всемирная ассамблея здравоохранения – принял более десяти резолюций, связанных с алкоголем. В 1979 г. Ассамблея здравоохранения в резолюции WHA32.40 признала, что «проблемы, связанные с алкоголем, и особенно с чрезмерным его употреблением, относятся к наиболее серьезным проблемам общественного здравоохранения».

Подобное заявление было сделано более чем 25 лет спустя в 2005 г., когда Ассамблея здравоохранения в резолюции WHA58.26 о «Проблемах общественного здравоохранения, вызываемых вредным употреблением алкоголя» признала, что «вредное употребление алкоголя находится среди основных причин заболевания, травм, насилия, и особенно бытового насилия в отношении женщин и детей, инвалидности, преждевременной смерти и связано с плохим состоянием психического здоровья, оказывает серьезное воздействие на благополучие человека, нанося вред отдельным людям, семьям, общинам и обществу в целом, и способствует социальному неравенству и неравенству в области здравоохранения».

По истечении более чем 25 лет со времени предыдущего доклада Комитета экспертов ВОЗ по проблемам, связанным с потреблением алкоголя, ВОЗ провела многочисленные крупные мероприятия по проблемам общественного здравоохранения, связанным с алкоголем. Эти мероприятия обеспечивают основу для того, чтобы ВОЗ продолжала выполнять свою роль по оказанию поддержки государствам-членам в уменьшении вреда, связанного с алкоголем.

Обоснованной антиалкогольной политике необходима точная информация об употреблении алкоголя и вреде, связанном с алкоголем. Это требует четкого определения терминов, связанных с алкоголем, особенно в области антиалкогольной политики, стандартизованных методов измерения потребления алкоголя, и хорошей информации об уровнях и формах употребления (в том числе и нерегистрируемого потребления) по различным возрастным и гендерным группам, особенно в странах с низкими доходами. Для такой политики необходимо также количественно определить риски для здоровья и экономические риски, связанные с опасным и пагубным употреблением алкоголя. Такую информацию можно использовать для мониторинга тенденций в проблемах, связанных с употреблением алкоголя, и воздействия политики и программ на уменьшение вреда, вызываемого алкоголем. Мониторинг требует глобальной информационной системы об алкоголе, которую лучше всего разместить в существующей Глобальной базе данных ВОЗ об алкоголе. Комитет подчеркнул значение продолжения работы над оценкой сравнительных рисков алкоголя в оценках глобального бремени болезней, которая обеспечит обновленную информацию о вреде, наносимом алкоголем.

ВОЗ следует продолжить играть лидирующую роль в координации глобальных мер в ответ на глобальный характер проблем алкоголя, в идеале – посредством разработки глобального плана действий по снижению пагубных последствий употребления алкоголя, помогая странам в осуществлении, оценке и мониторинге. Это должно быть подкреплено базой данных о существующей политике, законах, правилах и информации об эффективности политики и программ, которую следует использовать на регулярной основе для передачи новых результатов о мерах антиалкогольной политики, основанных на фактических данных, и их осуществлении в различных общественных условиях и на различных уровнях управления. Следует также развивать и расширять работу над оценкой экономической эффективности различных вариантов политики в различных региональных обстоятельствах, как это было сделано ВОЗ в проекте «CHOICE» (33).

Миллионы оплачиваемых полный рабочий день работников здравоохранения во всем мире, являясь основными поставщиками услуг медико-санитарной помощи, могут взять на себя лидирующую роль в уменьшении вреда, наносимого алкоголем. Для достижения этого ВОЗ имеет конкретную функцию по поддержке осуществления и распространения кратких вмешательств в отношении опасного и пагубного употребления алкоголя, а также в отношении лечения и разработки систем лечения для людей с алкогольной зависимостью и другими связанными с алкоголем психическими и поведенческими расстройствами.

Региональные бюро ВОЗ играют важную роль, выполняя свои обязанности по обеспечению лидерства в области общественного здравоохранения в отношении проблем, связанных с алкоголем. Многие уже сделано

для создания коалиций по реализации антиалкогольной политики на региональных уровнях. Комитет признал значение региональных различий и ценность конкретных региональных инициатив и политических рамок, таких как Европейский план действий в отношении алкоголя, Основы политики в отношении алкоголя в Европейском регионе ВОЗ, региональная стратегия по уменьшению связанного с алкоголем вреда в Регионе Западной части Тихого океана и минимальные рамки для политики борьбы с алкоголем в Регионе Юго-Восточной Азии.

7.3 Сотрудничество международных органов

Разработка и осуществление антиалкогольной политики далеко выходят за рамки сектора здравоохранения в узком его определении и включают вопросы в таких областях как сельское хозяйство, развитие и фискальная политика, образование, занятость и торговля. Следовательно, эти проблемы подпадают в сферу интересов ряда межправительственных учреждений и организаций, включая многие специализированные учреждения Организации Объединенных Наций. Важно, чтобы эти межправительственные учреждения были готовы к выполнению своих обязанностей в области антиалкогольной политики и поэтому полезными будут постоянные межучрежденческие рабочие группы, включающие, в частности, представителей Всемирного банка, Всемирной торговой организации, ФАО, Организации Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры (ЮНЕСКО) и Международной организации труда (МОТ). Глобальный план действий по уменьшению вреда, наносимого алкоголем, обеспечит сосредоточение усилий во всем мире и будет поддерживать действия на страновом и местном уровнях.

Международная политика, рассматривающая алкоголь как экономическую товарную категорию, может иметь серьезные последствия для политики общественного здравоохранения в отношении алкоголя. Комитет отметил положительный пример Всемирного банка, который в 2000 г. признал, что инвестиции в алкогольные напитки являются чувствительным вопросом и рекомендовал своим сотрудникам быть «исключительно селективными» и поддерживать только проекты в области алкоголя, «имеющие значительные последствия для развития, которые соответствуют решению проблем общественного здравоохранения и проблем социальной политики» (66). Комитет признал, что Всемирный банк играет важную роль в пропаганде политики в отношении табака, ориентированной на общественное здравоохранение, и считает ценной работу с Всемирным банком над приданием аналогичной роли политике в отношении алкоголя.

Интересы общественного здравоохранения в борьбе против алкоголя неадекватно представлены в переговорах и обсуждениях вопросов торговли, и поэтому Комитет сделал вывод, что ВОЗ и другим участникам деятельности в области здравоохранения следует искать возможности для работы с национальными и международными представителями

торговли над исправлением этого положения и призвать правительства стран обеспечить, чтобы «интересы общественного здравоохранения» для будущих поколений полностью учитывались в торговых обязательствах ВТО, например в переговорах в рамках ГАТС.

Комитет высоко оценил работу ФАО по сбору и предоставлению информации о сельскохозяйственных культурах и другой информации, которая была использована при оценке общего потребления алкогольных напитков, и призвал ВОЗ поощрять ФАО к продолжению и, по возможности, усилению этого ценного источника данных.

Комитет признал значение инвестирования в молодых людей в целях социально-экономического развития и уменьшения нищеты и отметил ценность совместной работы ВОЗ с ЮНЕСКО. Обоснованная политика в отношении молодежи должна учитывать некоторые детерминанты пагубного употребления алкоголя молодыми людьми, и эффективная антиалкогольная политика должна увеличивать человеческий потенциал молодых людей. Комитет определил увеличение пропаганды алкогольных напитков в культуре и искусстве, особенно массовые инвестиции в косвенную рекламу продукции в фильмах, на телевидении, в музыке и видеоклипах, как международную проблему, имеющую значение для общественного здравоохранения и находящуюся в сфере деятельности ЮНЕСКО.

Одним из самых старых соглашений по алкоголю является Конвенция МОТ 1949 г. о защите заработной платы, которая запрещает выплату заработной платы «в виде напитков с высоким содержанием алкоголя» или «в местах продажи напитков, за исключением тех случаев, когда заработную плату получают лица, работающие в таких учреждениях» (67). С тех пор МОТ предприняла активную деятельность по уменьшению вреда, связанного с употреблением психоактивных веществ на рабочих местах, включая публикацию кодекса практики решения проблем на работе, связанных с алкогольными и наркотическими средствами (68). Ценность сотрудничества между ВОЗ и МОТ в этой области состоит в том, что рабочие места дают многочисленные возможности для осуществления превентивных стратегий среди взрослых.

7.4 Выводы, касающиеся международных действий

Комитет считает, что ВОЗ следует взять на себя лидирующую роль в координации глобальных мер в ответ на глобальный характер проблем, связанных с алкоголем, включая преодоление международных препятствий для эффективной разработки антиалкогольной политики. Это должно включать разработку глобального плана действий по уменьшению пагубных последствий употребления алкоголя, создание механизмов для международного сотрудничества и оказание помощи странам в осуществлении и мониторинге антиалкогольной политики

в соответствии с их потребностями, культурными особенностями и социально-экономическими характеристиками. ВОЗ следует осуществлять руководство и стимулировать международный диалог, касающийся торговли, контрабанды, торговых соглашений и других международных аспектов алкогольного рынка, которые препятствуют способности стран бороться с проблемами, связанными с алкоголем, в пределах их границ.

Учитывая, что здоровье является главным элементом социального и экономического развития и что увеличение потребления алкоголя, обычно сопровождающее такое развитие, может, в свою очередь, создать угрозу отдельным людям и обществу, Комитет сделал вывод, что ВОЗ следует содействовать включению антиалкогольной политики в социальные повестки дня и повестки дня в области развития на международном уровне. Это подразумевает международное сотрудничество, в частности, с такими учреждениями, как Программа развития Организации Объединенных Наций (ПРООН), Всемирный банк, МОТ и ВТО.

8. Рекомендации

Рекомендации Комитета построены на базе фактических данных в области антиалкогольной политики, которая соответствует глобальным условиям, но необязательно приспособлена к условиям конкретного общества. Комитет признает, что конкретный культурный и правовой контекст, а также местные особенности алкогольных проблем должны учитываться при формулировании и осуществлении антиалкогольной политики, основанной на фактических данных.

1. Комитет рекомендует ВОЗ:

- продолжить играть лидирующую роль в координации глобальных мер в ответ на глобальный характер проблем, связанных с алкоголем;
- предпринять разработку глобального плана действий по уменьшению пагубных последствий употребления алкоголя;
- оказывать помощь странам в осуществлении, оценке и мониторинге антиалкогольной политики в соответствии с их потребностями, культурными и социально-экономическими характеристиками;
- установить связь с такими межправительственными учреждениями, как ПРООН, Всемирный банк, МОТ и ВТО, и с межправительственными учреждениями на региональном уровне с целью включения антиалкогольной политики в соответствующие повестки дня в социальной области и в области развития.

2. В контексте основанного на интересах общественного здравоохранения подхода к решению проблем, связанных с алкоголем, Комитет рекомендует, чтобы ВОЗ оказывала поддержку правительственным органам на национальном и субнациональном уровнях, особенно в

странах с низкими и средними доходами, с целью:

- придать высокий приоритет предупреждению пагубного употребления алкоголя и увеличить инвестиции в осуществление политических мер, доказавших свою эффективность;
 - продолжить рассмотрение характера и масштабов проблем, вызываемых пагубным употреблением алкоголя среди населения, ресурсов и инфраструктуры, уже имеющихся для сокращения частоты, распространенности и воздействия этих проблем, а также возможных препятствий для разработки новой политики и программ;
 - сформулировать, разработать и осуществить адекватно финансируемые планы борьбы с алкоголем с четкими целями, стратегиями и задачами;
 - создать или укрепить механизмы и центры по координации работы заинтересованных участников в области общественного здравоохранения;
 - осуществлять и оценивать политику и программы, основанные на фактических данных, с помощью существующих структур, если это практически осуществимо.
3. Основываясь на значительном объеме фактических данных о действенности и экономической эффективности антиалкогольной политики и программ в уменьшении отрицательных последствий пагубного употребления алкоголя, Комитет рекомендует ВОЗ оказывать поддержку и помощь правительствам, по их просьбам, с целью:
- регулировать доступность алкоголя, в том числе с помощью установления минимального возраста для приобретения алкоголя, часов продажи и плотности размещения пунктов продажи;
 - осуществлять и строго контролировать соответствующую политику в отношении управления автотранспортными средствами в состоянии алкогольного опьянения, основанную на установленных законом низких предельных значениях концентрации алкоголя в крови;
 - сокращать спрос на алкоголь с помощью механизмов налогообложения и установления цен;
 - повышать информированность об эффективной политике и усиливать поддержку такой политики. (В этом отношении подчеркивается, что многие широко распространенные меры просвещения и убеждения, например, программы просвещения в школах, кампании в средствах массовой информации и маркировка продукта, предупреждающая о вреде для здоровья, имеют недостаточно данных об эффективности в уменьшении вреда, связанного с алкоголем, и, следовательно, не должны применяться изолированно в качестве антиалкогольной политики).

4. Учитывая пагубное воздействие на молодых людей мер по маркетингу алкоголя, Комитет рекомендует ВОЗ оказывать правительствам поддержку и помощь с целью:
 - обеспечивать эффективное регулирование маркетинга алкогольных напитков, включая эффективное регулирование или запрет рекламы и спонсорства культурных и спортивным мероприятий, в частности тех, которые оказывают влияние на молодых людей;
 - назначать установленные законом учреждения, отвечающие за мониторинг и соблюдение требований регулирования маркетинговой деятельности;
 - совместно изучить возможность создания на глобальном уровне механизма регулирования маркетинга алкогольных напитков, включая эффективное регулирование или запрет рекламы и спонсорства.

5. Комитет рекомендует ВОЗ оказывать правительствам поддержку и помощь с целью:
 - обеспечить, чтобы все люди, имеющие проблемы, связанные с алкоголем, и нуждающиеся в лечении, имели доступ к нестигматизирующим и конфиденциальным лечебным услугам и социальным услугам в общине;
 - увеличить инвестиции в широкое осуществление программ раннего выявления и краткого вмешательства в случае опасного и пагубного употребления алкоголя в различных местах, включая учреждения первичной медико-санитарной помощи, социального обеспечения, травматологические отделения и отделения неотложной помощи, рабочие места и учебные заведения;
 - увеличивать потенциал посредством обучения и подготовки профессиональных работников здравоохранения, социальных услуг и уголовного правосудия по вопросам, связанным с программами выявления и вмешательства;
 - обращать большее внимание в политике лечения на организацию, интеграцию и оказание лечебных услуг на местном, муниципальном и национальном уровнях.

6. В связи с необходимостью обеспечить устойчивую систему мониторинга и наблюдения за прогрессом в уменьшении пагубных последствий употребления алкоголя, Комитет рекомендует ВОЗ:
 - создать глобальную информационную систему по алкоголю на основе существующей Глобальной базы данных ВОЗ по алкоголю с аналогичными базами данных в странах для объединения и анализа данных мониторинга за алкоголем и наблюдения за прогрессом на основе сопоставимых данных и согласованных определений;
 - оказывать поддержку включению в эту систему соответствующих данных международных учреждений, таких как ФАО и Всемирный

- банк, для продолжения нынешних усилий по мониторингу, а также для предоставления информации странам, которые еще не создали систему мониторинга и надзора за алкоголем;
- включать в эту информационную систему данные о политике, законах и правилах, а также данные об эффективности политики и программ для определения наилучшей практики и поддержки государств-членов в разработке эффективных программ;
 - в полной мере продолжить сравнительную оценку рисков проблем, относимых к алкоголю, в оценках глобального бремени болезней.
7. Для использования преимуществ крупного и растущего объема знаний, а также для поддержки и осуществления основанных на фактических данных мер по уменьшению распространенности проблем, связанных с алкоголем, Комитет рекомендует ВОЗ:
- изучить вопрос о том, каким образом можно усилить возможности секретариата по оказанию постоянной поддержки государствам-членам в областях разработки, осуществления и мониторинга антиалкогольной политики;
 - приложить максимум усилий для регулярной передачи государствам-членам новых результатов об основанных на фактических данных мерах антиалкогольной политики и их осуществлении;
 - собрать, документально подтвердить и распространить информацию о практическом опыте осуществления основанной на фактических данных антиалкогольной политике в различных общественных условиях и на различных уровнях управления.
8. Признавая роль, которую могут играть неправительственные организации в поддержке антиалкогольной политики, Комитет рекомендует ВОЗ укрепить свои процессы консультаций и сотрудничества с неправительственными организациями, не имеющими потенциального конфликта интересов с интересами общественного здравоохранения.
9. Комитет рекомендует ВОЗ продолжить свою практику отказа от сотрудничества с различными секторами алкогольной промышленности. Любое взаимодействие должно ограничиваться обсуждением вклада, который алкогольная промышленность может внести в уменьшение вреда, связанного с алкоголем, и только в контексте ее роли как отрасли производства, распространения и маркетинга алкоголя, но не в области разработки антиалкогольной политики или укрепления здоровья.
10. Признавая, что алкоголь является особым товаром с точки зрения его токсических и вызывающих зависимость свойств с серьезными последствиями для здоровья населения и что следует разработать механизмы для защиты интересов общественного здравоохранения при принятии торговых, промышленных и сельскохозяйственных решений, Комитет рекомендует ВОЗ:

- стимулировать диалог по тем международным аспектам рынка алкоголя, которые препятствуют способности стран бороться с проблемами, связанными с алкоголем, в пределах их границ, анализируя возможность создания таких механизмов, включая юридически обязательные соглашения между странами в поддержку осуществления антиалкогольной политики и программ;
- искать возможности для обеспечения активного и постоянного участия в торговых переговорах и судебных решениях по спорам для представления интересов общественного здравоохранения в вопросах торговли алкоголем;
- разработать руководство, которым смогут пользоваться политики и советники на всех уровнях руководства в целях мониторинга и уменьшения рисков для антиалкогольной политики, присущих процессам либерализации торговли.

Ссылки

1. *Проблемы, касающиеся потребления алкоголя. Доклад Комитета экспертов ВОЗ.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 1980 г. (Серия технических докладов ВОЗ, No. 650).
2. *Комитет экспертов по лекарственной зависимости. Двадцать восьмой доклад.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 1993 г. (Серия технических докладов ВОЗ, No. 836).
3. *Комитет экспертов по лекарственной зависимости. Двадцать восьмой доклад.* Женева, Всемирная организация здравоохранения, 1998 г. (Серия технических докладов ВОЗ, 873).
4. Üstün TB et al., eds. *Disability and culture: universalism and diversity.* Seattle, Hogrefe and Huber, 2001.
5. *Neuroscience of psychoactive substance use and dependence.* Geneva, World Health Organization, 2004.
6. Crabb DW et al. Overview of the role of alcohol dehydrogenase and aldehyde dehydrogenase and their variants in the genesis of alcohol-related pathology. *Proceedings of Nutrition Society*, 2004, 63:49–63.
7. Bennett LA et al. Boundaries between normal and pathological drinking: a cross-cultural comparison. *Alcohol Health and Research World*, 1995, 17:190–195.
8. MacAndrew C, Edgerton R. *Drunken comportment: a social explanation.* Chicago, IL, Aldine, 1969.
9. *Конвенция о психотропных веществах, 1971 г.* Нью-Йорк, Организация Объединенных Наций, 1977 г.
10. Wise RA. Dopamine, learning and motivation. *Nature Reviews Neuroscience*, 2004, 5:483–494.
11. Faden VB, Goldman M. The effects of alcohol on physiological processes and biological development. *Alcohol Research and Health*, 2005, 28:125–132.
12. Jamal MM, Saadi Z, Morgan TR. Alcohol and hepatitis C. *Digestive Diseases*, 2005, 23:285–296.

13. *Alcohol drinking*. International Agency for Research on Cancer, 1998, (IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, Vol. 44; , accessed 18 October 2006).
14. Corrao G et al. A meta-analysis of alcohol consumption and the risk of 15 diseases. *Preventive Medicine*, 2004, 38:613–619.
15. Fillmore KM et al. Moderate alcohol use and reduced mortality risk: systematic error in prospective studies. *Addiction Research and Theory*, 2006:1–31.
16. Room R et al. *Alcohol in developing societies: a public health approach*. Helsinki, Finnish Foundation for Alcohol Studies/Geneva, World Health Organization, 2002.
17. Prestwich P. *Drink and the politics of social reform: antialcoholism in France since 1870*. Palo Alto, CA, Society for the Promotion of Science and Scholarship, 1988.
18. Endicott RC. Advertising age's 19th annual global marketing. *Advertising Age*, 2005, 100:1201.
19. Rehm J et al. Alcohol use. In: Ezzati M et al., eds. *Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors. Vol. 1* Geneva, World Health Organization, 2004:959–1109.
20. Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2004: изменить ход истории. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2004 г.
21. Norström T, ed. *Alcohol in postwar Europe: consumption, drinking patterns, consequences and policy responses in 15 European countries*. Stockholm, National Public Health Institute, 2002.
22. Rehm J, Eschmann S. Global monitoring of average volume of alcohol consumption. *Zeitschrift für Sozial- und Präventivmedizin*, 2002, 47:48–58.
23. Hibell B et al. *The ESPAD report 2003: alcohol and other drug use among students in 35 European countries*. Stockholm, Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, 2004.
24. Wright A. *Grog war*. Broome, Magabala Books Aboriginal Corporation, 1997.
25. Berman M, Hull T. Alcohol control by referendum in northern native communities: the Alaska Local Option Law. *Arctic*, 2001, 54:77–83 (<http://pubs.aina.ucalgary.ca/arctic/Arctic54-1-77.pdf>, accessed 18 October 2006).
26. Johansson P et al. *The social costs of alcohol in Sweden 2002*. Stockholm, Centre for Social Research on Alcohol and Drugs, Stockholm University, 2006 (<http://www.sorad.su.se/doc/uploads/publications/ENG%20COA%2025%20oktober.pdf>, accessed 18 October 2006).
27. Sackett L. Liquor and the law: Wiluna, Western Australia. In: Berndt RM, ed. *Aborigines and change: Australia in the '70s*. Canberra, Institute of Aboriginal Studies, 1977:90–99.
28. Mäkelä K. Differential effects of restricting the supply of alcohol: studies of a strike in Finnish liquor stores. *Journal of Drug Issues*, 1980, 10:131–144.
29. Anderson P, Baumberg B. *Alcohol in Europe: a public health perspective: report to the European Commission*. London, Institute of Alcohol Studies, 2006 (http://ec.europa.eu/health-eu/news_alcoholineurope_en.htm, accessed 18 October 2006).

30. Single E et al. *Guidelines for estimating the costs of substance abuse*, 2nd ed. Geneva, World Health Organization, 2003.
31. *Alcohol misuse: how much does it cost?* London, Strategy Unit, Cabinet Office, 2003 (<http://www.cabinetoffice.gov.uk/strategy/downloads/files/econ.pdf>, accessed 18 October 2006).
32. Room R, Rossow I. The share of violence attributable to drinking. *Journal of Substance Use*, 2001, 6:218–228.
33. Chisholm D et al. Reducing the global burden of hazardous alcohol use: a comparative cost-effectiveness analysis. *Journal of Studies on Alcohol*, 2004, 65:782–793.
34. Babor T et al. *Alcohol: no ordinary commodity. Research and Public Policy*. Oxford, Oxford University Press, 2003.
35. Gruenewald PJ et al. Alcohol prices, beverage quality, and the demand for alcohol: quality substitutions and price elasticities. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 2006, 30:96–105.
36. Chaloupka FJ. The effects of price on alcohol use, abuse, and their consequences. In: Bonnie RJ, O’Connell ME, eds. *Reducing underage drinking: a collective responsibility*. Washington, DC, National Academy Press, 2004:541–564.
37. Heeb JL et al. Changes in alcohol consumption following a reduction in the price of spirits: a natural experiment in Switzerland. *Addiction*, 2003, 98:1433–1446.
38. Cnossen S. *Alcohol taxation and regulation in the European Union*. Munich, CESifo Group, 2006 (http://www.cesifo.de/pls/guestci/download/CESifo%20Working%20Papers%202006/CESifo%20Working%20Papers%20October%202006/cesifo1_wp1821.pdf, accessed 18 October 2006).
39. Hastings G et al. Alcohol marketing and young peoples’ drinking: a review of the research. *Journal of Public Health Policy*, 2005, 26:296–311.
40. Stacy A et al. Exposure to televised alcohol ads and subsequent adolescent alcohol use. *American Journal of Health Behavior*, 2004, 28:498–509.
41. Snyder L et al. Effects of advertising exposure on drinking among youth. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 2006, 160:18–24.
42. Lovato C et al. *Impact of tobacco advertising and promotion on increasing adolescent smoking behaviours*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2003, (4):CD003439.
43. Hastings G et al. *Review of research on the effects of food promotion to children. Final report prepared for the Food Standards Agency*. Centre for Social Marketing, University of Strathclyde, 2003.
44. Hemphill TA. Harmonizing alcohol ads: another case for industry self-regulation. *Regulation*, Spring 1998:55–62.
45. Ayres I, Braithwaite J. *Responsive regulation: transcending the deregulation debate*. Oxford, Oxford University Press, 1992.
46. Delaney A, Diamantopoulou K, Cameron M. *Strategic principles of drink-driving enforcement*. Clayton, Victoria, Monash University Accident Research Centre, 2006 (<http://www.monash.edu.au/muarc/reports/muarc249.pdf>, accessed 18 October 2006).

47. Foxcroft DR et al. Longer-term primary prevention for alcohol misuse in young people: a systematic review. *Addiction*, 2003, 98:397–411.
48. Holder HD. *Alcohol and the community: a systems approach to prevention*. Cambridge, Cambridge University Press, 1998.
49. Miller W, Weisner C, eds. *Changing substance abuse through health and social systems*. New York, NY, Kluwer Academic and Plenum Press, 2002.
50. *Reducing harm from use of alcohol: community responses*. New Delhi, WHO Regional Office for South-East Asia, 2006 (Alcohol Control Series, No. 5).
51. Whitlock EP et al. Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: a summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 2004, 140:557–568.
52. Babor TF, Higgins-Biddle JC. Alcohol screening and brief intervention: dissemination strategies for medical practice and public health. *Addiction*, 2000, 95:677–686.
53. Heather N, ed. *WHO Project on Identification and Management of Alcohol-Related Problems: report on Phase IV*. Geneva, World Health Organization, 2006 (http://www.who.int/substance_abuse/publications/identification_management_alcoholproblems_phaseiv.pdf, accessed 18 October 2006).
54. Roche A, Freeman T. Brief interventions: good in theory but weak in practice. *Drug and Alcohol Review*, 2004, 23:11–18.
55. Timko C et al. Long-term treatment careers and outcomes of previously untreated alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 1999, 60:437–447.
56. Finney JW, Hahn AC, Moos RH. The effectiveness of inpatient and outpatient treatment for alcohol abuse: the need to focus on mediators and moderators of setting effects. *Addiction*, 1996, 91:1773–1796.
57. Humphreys K. *Circles of recovery: self-help organizations for addictions*. Cambridge, Cambridge University Press, 2004.
58. Grant M, O'Connor J, eds. *Corporate social responsibility and alcohol: the need and potential for partnership*. New York, NY, Routledge, 2005.
59. Wallin E, Norström T, Andréasson S. Alcohol prevention targeting licensed premises: a study of effects on violence. *Journal of Studies on Alcohol*, 2003, 64:270–277.
60. Grieshaber-Otto J, Sinclair S, Schacter N. Impacts of international trade, services, and investment treaties on alcohol regulation. *Addiction*, 2000, 95(Suppl. 4):S491–S504.
61. Bloom J. *Public health, international trade, and the Framework Convention on Tobacco Control*. Washington, DC, Campaign for Tobacco-Free Kids, 2001 (<http://www.tobaccofreekids.org/campaign/global/framework/docs/Policy.pdf>, accessed 18 October 2006).
62. Priestley M. Is the GATS a threat to public services? Canberra, Parliamentary Library, Parliament of Australia, 2002 (<http://www.aph.gov.au/Library/pubs/rn/2001-02/02rn31.htm>, accessed 18 October 2006).
63. *Генеральное соглашение по тарифам и торговле 1947г.* Женева, Всемирная торговая организация, 1986 г. (http://www.wto.org/english/docs_e/legal_e/gatt47_e.pdf, accessed 18 October 2006).

64. Grieshaber-Otto J, Schacter N, Sinclair S. *Dangerous cocktail: international trade treaties, alcohol policy, and public health*. Agassiz, Cedar Isle Research, 2006.
65. Room R. International control of alcohol: alternative paths forward. *Drug and Alcohol Review*, 2006, 25:581–595.
66. World Bank Group. *World Bank Group note on alcoholic beverages: final note*. Washington, DC, World Bank Group, 2000 (R99-90/3, IFC/R99-77/3, MIGA/R99-28/3).
67. *Конвенция о защите заработной платы*. Женева, Международная организация труда, 1949 г. (<http://www.ilo.int/ilolex/english/recdisp1.htm>, accessed 18 October 2006).
68. *Management of alcohol- and drug-related issues in the workplace: an ILO code of practice*. Geneva, International Labour Organization, 1996 (<http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/cops/english/index.htm>, accessed 18 October 2006).

Приложение

Резюме данных ВОЗ о бремени болезней, относимом к употреблению алкоголя, в 2002 г.

Таблица А1.1

Случаи смерти, относимые к потреблению алкоголя в мире в 2002 г.

Категория случаев смерти	Число случаев смерти (в тысячах)			Доля случаев смерти, относимых к перечисленным категориям болезней, во всех случаях смерти, в процентах		
	Мужчины	Женщины	Итого	Мужчины	Женщины	Итого
Случаи смерти						
Материнские и перинатальные состояния (низкая масса тела при рождении)	1	1	3	0,1	0,3	0,1
Рак	361	105	466	18,7	25,0	19,8
Сахарный диабет	0	1	1	0,0	0,2	0,0
Нервно-психические расстройства	106	25	130	5,5	5,9	5,5
Сердечно-сосудистые болезни	452	77	528	23,3	18,2	22,4
Цирроз печени	293	77	370	15,2	18,2	15,7
Непреднамеренные травмы	501	96	597	25,9	22,7	25,3
Преднамеренные увечья	220	40	260	11,4	9,6	11,1
Общее число «пагубных последствий», относимых к алкоголю	1934	421	2355	100,0	100,0	100,0
Предотвращено случаев смерти						
Сахарный диабет	-8	-5	-12	7,7	3,5	5,3
Сердечно-сосудистые болезни	-90	-130	-220	92,3	96,5	94,7
Общее число «благоприятных последствий», относимых к алкоголю	-98	-135	-232	100,0	100,0	100,0
Чистое число случаев смерти, относимых к алкоголю						
Все случаи смерти	1836	287	2123	100,0	100,0	100,0
Чистое число случаев смерти, относимых к алкоголю, в процентах от всех случаев смерти	6,1%	1,1%	3,7%			

Таблица А1.2

Годы жизни с корректировкой на инвалидность (DALY), относимые к потреблению алкоголя в мире в 2002 г.

Категория болезни	Количество DALY (в тысячах)			Доля DALY, относимых к перечисленным категориям болезней, ко всем DALY в процентах		
	Муж- чины	Жен- щины	Итого	Муж- чины	Жен- щины	Итого
DALY						
Материнские и перинатальные состояния (низкая масса тела при рождении)	52	42	94	0,1	0,4	0,1
Рак	4593	1460	6054	8,2	12,9	9,0
Сахарный диабет	0	20	20	0,0	0,2	0,0
Нервно-психические расстройства	19393	3722	23115	34,6	32,9	34,3
Сердечно-сосудистые болезни	5711	887	6598	10,2	7,8	9,8
Цирроз печени	5415	1468	6883	9,7	13,0	10,2
Непреднамеренные травмы	14499	2647	17146	25,9	23,4	25,5
Преднамеренные увечья	6366	1051	7417	11,4	9,3	11,0
Общее число «пагубных последствий», относимых к алкоголю	56029	11297	67326	100,0	100,0	100,0
Предотвращенные DALY						
Сахарный диабет	-225	-86	-312	21,3	6,7	13,3
Сердечно-сосудистые болезни	-834	-1205	-2039	78,7	93,3	86,7
Общее число «благоприятных последствий», относимых к алкоголю	-1059	-1291	-2351	100,0	100,0	100,0
Сумма DALY, относимых к алкоголю						
	54970	10006	64975	100,0	100,0	100,0
Все DALY	772912	717213	1 490126			
Сумма DALY, относимых к алкоголю, в процентах от всех DALY	7,1%	1,4%	4,4%			

Таблица А1.3

Доля всех случаев смерти, относимых к потреблению алкоголя, в 2000 и 2002 гг. в регионах ВОЗ

Регион ВОЗ	Мужчины (%)		Женщины (%)		Итого (%)	
	2000 г.	2002 г.	2000 г.	2002 г.	2000 г.	2002 г.
Африканский регион	3.3	3.4	0.9	1.0	2.1	2.2
Регион стран Америки	8.3	8.7	0.8	1.7	4.8	5.4
Регион Юго-Восточной Азии	8.6	3.7	0.4	0.4	1.6	2.1
Европейский регион	10.2	10.8	0.6	1.7	5.5	6.4
Регион Восточного Средиземноморья	0.6	0.8	0.1	0.1	0.4	0.5
Регион Западной части Тихого океана	8.0	8.5	0.7	1.5	4.5	5.2
Весь мир	5.6	6.1	0.6	1.1	3.2	3.7

Источник: ВОЗ

Бремя болезней, относимых к алкоголю, является значительным, и во многих странах проблемы общественного здравоохранения, вызываемые пагубным употреблением алкоголя, создают значительное здравоохранительное, социальное и экономическое бремя. Снижение бремени, относимого к алкоголю, становится приоритетной областью для международного здравоохранения. Связанный с алкоголем вред можно уменьшить посредством осуществления стратегий, доказавших свою эффективность, в том числе и на глобальном уровне.

В настоящем докладе Комитета экспертов ВОЗ рассматриваются здравоохранительные и социальные последствия потребления алкоголя и бремени болезней, относимого к алкоголю, в контексте вреда, связанного с алкоголем, и последних тенденций в области потребления алкоголя во всем мире. На основе обзоров имеющихся фактических данных, включая самые последние данные о вкладе потребления алкоголя в глобальное бремя болезней, Комитет делает ряд рекомендаций, подчеркивая роль ВОЗ в координации глобальных ответных мер, а также необходимость глобальных действий для сокращения связанного с алкоголем вреда с помощью эффективных механизмов осуществления международных действий и оказания поддержки странам.

Комитет рекомендует ряд стратегий и вариантов политики, имеющих прочную фактическую основу и глобальную значимость для сокращения вреда, связанного с алкоголем, и подчеркивает тот факт, что их адаптация и осуществление на национальном и субнациональном уровнях должны учитывать конкретные культурные и правовые условия, а также местные особенности алкогольных проблем. Комитет также рекомендует, чтобы ВОЗ оказывала поддержку правительствам, особенно в странах с низкими и средними доходами, в разработке, осуществлении и оценке национальной и субнациональной политики, планов действий и программ, основанных на фактических данных. Выводы и рекомендации Комитета имеют важное значение для дальнейших действий в этой области.

ISBN 9789244209448



9 789244 209448