



Подспорье

Приложение к газете «Соратник» Союза борьбы за народную трезвость

Издается с мая 2001 г.

№ 6(182)

сентябрь-октябрь 2018 г.

Читайте в номере:

Е.Г. Батраков, «Ошибка интерпретации», – стр.1;
Е.В. Симонова, «Отрезвим армию – отрезвим общество», – стр.5;
В.Н. Волков, «Сбережение и приумножение народа – главная задача», – стр.6;
«Безвредный уровень потребления алкоголя равен нулю», – стр.7;
«Международный форум трезвости в Сочи», – стр.19;
«Оружие против нации», Обращение 1700 врачей – стр.23;
А.Н. Маюров, «Стихи в защиту жизни», – стр.24;

ОШИБКА ИНТЕРПРЕТАЦИИ

Ничто никогда не уйдёт, пока оно не научит нас тому, что нам нужно знать.

Пема Чодрон

Как устроена никотиновая зависимость и от никотина ли зависимость образуется у курильщика? И так ли уж безнадежно темна тайна пожизненного сигаретного рабства?

Вспомним любой случай, когда мы закурили, который мы сейчас могли бы в той или иной мере сколько-нибудь ясно изложить, как говорят, психологи – пошагово: **где** и **когда** это было, и **что** навело нас на соответствующую мысль. Думаю, что на роль примера вполне может сгодиться и такой. Конец рабочего дня. Мы устали, да к тому же еще и недовольны прожитым днем. И уже нужно вставать, и уходить. Но тут появляется коллега и предлагает посидеть, подымить, перекинуться парой фраз.

И мы подымили...

Можно ли от ощущаемого состояния неудовлетворенности избавляться с помощью курения? Можно, но... курение не устраняет **причину** неудовлетворенности, а значит, оно лишь **консервирует** проблему. И значит, пройдет какое-то время, и мы опять попадем в подобную же ситуацию, и опять ощутим неудовлетворенность, и опять будем вынуждены использовать то, что

уже много раз использовали. Так проблема и переходит в **хроническую** форму.

Хуже того, человек, поступающий подобным образом, не только **консервирует** проблему, но еще и попадает в ловушку, которую сам же для себя соорудил. Смотрите, что получается. **До курения** курильщик ощущает неудовлетворенность, чувствует себя плохо: устал, обижен, раздражен... И, находясь в этом состоянии, берет сигарету, и с помощью ядов сигаретного дыма, парализуя нервную систему, **снижает** уровень плохого самочувствия, что, соответственно, сопровождается **удовольствием**.

Далее, что такое курение? Это привычка. А **привычка**, что подтвердит любой психофизиолог, это – **условный рефлекс**. Для формирования любого условного рефлекса нужно, кроме всего прочего, еще и поощрение или, как говорят физиологи, **подкрепление**. Например, вы дрессируете собаку, и хотите, чтобы она выполняла вашу команду «дай лапу». Что для этого нужно?

1. Чтобы собака была голодной, т.е. пребывала в состоянии неудов-

летворенности.

2. Протянуть руку, произнести: «дай лапу», и когда получите требуемое, поощрить животное каким-либо лакомством. Например, печенюшкой, которая у собаки вызывает **удовольствие**. А ее психофизиология запоминает ассоциацию, т.е. связь между голодом, командой «дай лапу», поднятой лапой и полученной печенюшкой.

Подобное происходит и с нами.

До курения мы ощущали неудовлетворенность... И, находясь в этом состоянии, взяли сигарету, и получили **удовольствие**. Удовольствие – это **подкрепление** условного рефлекса. Удовольствие – это **награда** за совершенный поступок. Удовольствие, которое мы получили при курении, и есть та печенюшка, которая фиксирует, закрепляет наш курительный условный рефлекс.

Какой вывод из произошедшего делает голова?

Вывод прост: чтобы избавиться от неудовлетворенности, нужно дать себе сигарету. Дай сигарету и – получишь печенюшку. И с этого момента данная последовательность действий начинает работать

в автоматическом режиме. Рефлекс он потому и рефлекс, что функционирует автоматически. Нам уже не нужно думать. **Ситуация**, порождающая то или иное **напряжение**, автоматически запускает **привычную** процедуру курения, в которой сознание играет всего лишь роль пассивного зрителя.

Вообще нужно сказать, что курение – это исключительно **подражательный** рефлекс. Подражательные условные рефлексы легко вырабатываются у детей, особенно в возрасте от 2 до 5 лет, когда они имитируют родителей и взрослых. Подражают действиям, походке, манере разговаривать, повторять фразы и т.д. Именно в этом возрасте и формируется то, что наш Учитель Г.А. Шичко называл настроенностью или установкой на курение – первым звеном прокурительной запрограммированности [1].

Вместе с тем, для отказа от курения, важно знать и о второй стороне курения – удовольствии. Как следует из выше изложенного, удовольствие – побочный эффект процесса снижения уровня напряжения. В данном случае напряжение – это переживание неудовлетворенности. Напряжение и неудовлетворенность, фактически, одно и то же. Более того, «Энциклопедия социологии» [2] напряжение определяет, как эмоциональное состояние системы, характеризующееся нарушенным внутренним равновесием, тревогой, беспокойством, возбужденностью.

Каким же образом при курении сигареты вдыхаемый дым снижает уровень напряжения? Яды дыма воздействуя, прежде всего, на нервную систему, оказывают **парализующий** эффект, спазмируют сосуды; угарный газ, поступая вместо кислорода в головной мозг, тем самым, препятствует возможности думать, осознавать свои проблемы, свое состояние, а значит, и препятствует тому, чтобы мы переживали по тому или иному поводу. Но подобное влияние на наше тело формирует множество болезней и психических расстройств: инсульт и сахарный диабет, артрит и болезни сердца, бронхит и эмфизема легких, рак легких и рак пищевода, утрата памяти и апатия, раздражительность и бессонница...

По данным академика РАМН Н.Ф. Герасименко: «От причин, связанных с курением, в России каждый год умирает до полумиллиона человек» [3]. 500 тысяч смертей! Не от старости – от курения. В том числе от курения сигарет, заряженных ароматным, высококачественным, элитным табаком.

Так оно ж и понятно – дым, в том числе таких сигарет, как «Parliament», «Kent», «Captain Black», «Marlboro», «Camel», содержит: ацетон, аммиак, акролеин, никотин, мышьяк, барий, фенол, формальдегид, окись углерод, цезий, этанол, метанол, муравьиная кислота, цианистый водород, никель, бензол, бензопирен, полоний-210... Вот эти химические вещества, и многие другие, воздействуя на организм, отравляя организм, и создают тот эффект, который курильщик называет удовольствием. Удовольствие – результат отравления организма, результат парализации нервной системы, тотального разрушения...

Согласитесь, когда вы видите, что группа молодых людей битами хреначит автомобиль, разбивая вдребезги стекла, фары и прочее, вы вполне можете сказать: ух ты, прикольно, блин! Слово «прикольно», оно выражает как бы не то, чтобы ваше одобрение, но некий привкус смака от зрелища, в нем, конечно же, присутствует, не так ли?

А если вы вдруг осознаете, что хреначат-то не чей-то, а ваш собственный автомобиль? Будет у вас при этом прежний привкус и тому подобное?

Похоже, что разрушение, отравление, парализация – сами по себе никакие. Весь вопрос в том, как мы их интерпретируем. И удовольствие при курении сигареты – не факт реальности, а тоже лишь результат истолкования ощущений, возникших при воздействии ядов на нервную систему. Именно такой вывод и сделал норвежский доктор медицины Ханс Олаф Фекьяер: «Кайф» – это не фармакологический эффект определенных химических веществ, а социально внушенное **истолкование** фармакологического эффекта» [4].

Наипервейшая ошибка курильщика в том-то и заключается: он удовольствие, получаемое при выкуривании сигареты, истолковы-

вает, не как результат собственной интерпретации, а как результат влияния компонентов табачного дыма на свой организм.

В букет ошибок курильщика входит и то, что он возникшее ситуационно обусловленное напряжение (неудовлетворенность), истолковывает, во-первых, как досадную никчемную помеху; во-вторых, как то, от чего необходимо немедленно избавиться, защититься; и в-третьих, как команду – кури.

Таким образом, курильщик разделяет ошибочным **смыслом** как состояние неудовлетворенности, так и саму интоксикацию, и ритуал курения.

Смысл, в данном случае, есть отношение человека к **значению** своего переживания и ритуалу курения в свете актуализированной потребности, выраженное в форме простого суждения. Например, «У меня состояние неудовлетворенности, **значит**, я должен закурить, чтобы успокоиться»; «Курение мне помогает расслабиться». При этом, цель – расслабиться, а курительный ритуал и сигарета – **средства** достижения цели, средства, выступающие еще и как **ценности**. А поскольку курильщик из всех имеющихся выбирает именно эти средства, то они в сравнении со всеми иными имеют еще и наивысшую ценность. К тому же, кроме всего прочего, они позволяют курильщику причислять себя к своей референтной группе. Вспомним укоризну Н. Мордюковой (сын которой, начав с табака, дошел до наркоты и в 40 лет погиб от передоза), которую она бросила знаменитому киноартисту Г.М. Визину: «Разве ты мужик? Не пьешь, не куришь» [5]. Соответственно, если я курю, я – мужик, не курю – не мужик.

Каковым же нам видится выход из тупика ошибочного истолкования? Какие, как нам представляется, действия нужны, чтобы разорвать порочный круг консервации проблемы и выдраться из той наркотической ловушки, которую мы сами для себя соорудили?

Прежде всего, констатируем: курильщик, находящийся между переживаемой неудовлетворенностью и образом сигареты, не думает о том, чем вызвано его состояние и нет ли в этом состоянии какой-либо

практической надобности. Он не формулирует цель и не исследует причину, а весь смысл курения находит в привычном отрезке: неудовлетворенность → сигарета → удовольствие → расслабился. Если же курильщик начинает размышлять с использованием таких категорий, как «причина» и «цель», никотиновая наркотизация становится бессмысленной и уже поэтому ненужной.

Поясним сказанное скромной цепочкой логических утверждений.

Если у вас нет ощущения голода, будете вы думать о хлебе и кушать? Нет. Значит, вы кушаете хлеб, чтобы убрать ощущение голода. А вы хотите именно хлеба или устранить голод? Устранить голод. А кроме как хлебом, можно еще чем-то его устранить? Можно. С помощью бесконечного ассортимента блюд.

Если у вас нет ощущения неудовлетворенности, будете вы думать о сигарете и курить ее? Нет. Значит, вы курите, чтобы убрать неудовлетворенность. А вы хотите неких компонентов дыма или же избавиться от неудовлетворенности? Избавиться от неудовлетворенности. А кроме как дымом, еще чем-то ее можно устранить? Можно. С помощью бесконечного ассортимента средств. В том числе тех, которые вы использовали многие годы до того, как приобщились к табакокурению.

При этом очень важно понимать, что **не в дыме вы нуждаетесь**, но в том, чтобы устранить неудовлетворенность. И **вы не курить хотите**, но избавиться от неудовлетворенности.

Существует возражение, с помощью которого иные противники естественного, нормального образа жизни пытаются торпедировать нашу теорию. Они озвучивают престарелый миф о том, что организм курильщика, в который при курении поступает никотин, якобы, прекращает вырабатывать никотиновую кислоту, и переходит на поставки извне. И когда курильщик воздерживается от курения, то организм, якобы, начинает страдать от дефицита никотиновой кислоты.

Ну, во-первых, между никотином, содержащимся в сигаретах, и никотиновой кислотой нет ничего общего. Это абсолютно разные

химические вещества. Никотин – $C_{10}H_{14}N_2$ – сильнодействующий нейротоксин, т.е. яд, а никотиновая кислота – $C_6H_5NO_2$ – витамин B_3 .

Никотиновая кислота синтезируется в кишечнике из поступающего с едой триптофана – ароматической альфа-аминокислоты. Никотин же, поступающий в человеческий организм при поглощении табачного дыма, совершенно не способен трансформироваться в никотиновую кислоту.

Почему?

Потому что в нашем организме нет соответствующего фермента.

Более того, **в табачном дыме вообще нет ни одного вещества, полезного для нашего организма**, а во вредных, и уж это-то самоочевидно, наш организм нуждаться не может никак.

Впрочем, не это главное. Главное – понять, что отказ от курения, как желаемый результат, предполагает принятие в статусе аксиом нескольких утверждений:

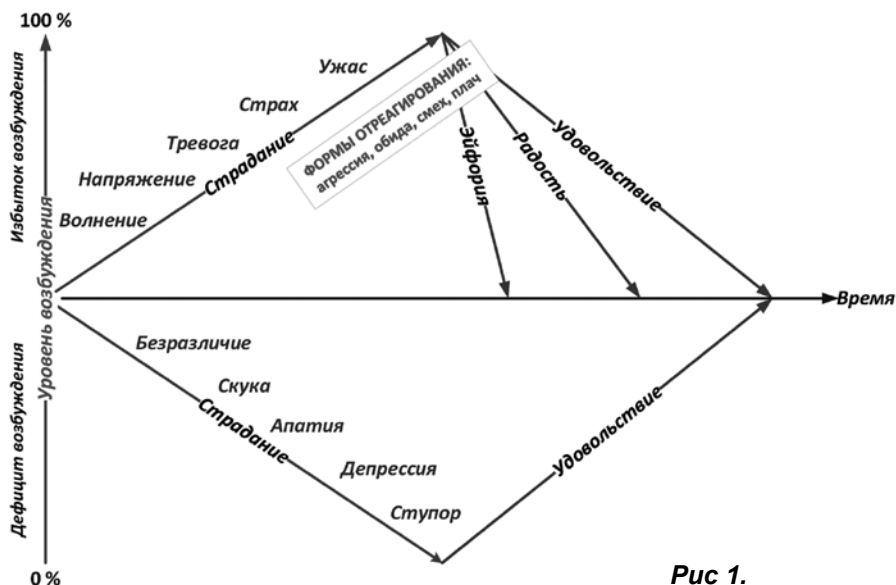


Рис 1.

1. Ситуационно обусловленный избыток возбуждения, т.е. психического напряжения, ощущаемый нами, как состояние неудовлетворенности, не содержит предписания конкретного действия, в том числе, такого действия, как курение. Психическое напряжение лишь **сигнал**, означающий – нужно **что-то делать**, ибо в системе, которой мы являемся, нарушено динамическое равновесие.

2. Назначение психического напряжения, имеющего к тому же эмоционально отрицательный

колорит – **побудить** нас **что-то делать** и, тем самым, устранить психический дисбаланс. Причем, в данном пункте мы имеем в виду напряжение – ресурс нервной энергии – которое надобно **израсходовать** на **сиюминутные** дела, на дела **текущего** момента. Например, переместить себя из точки А (офис) в точку В (жилище). Переместить – это работа, которую мы понимаем, как процесс использования энергии, т.е. психического напряжения. Невозможно не имея напряжения оказаться дома, как невозможно двигаться на машине, у которой пуст бензобак. И вот это-то напряжение и продуцирует наш организм, ибо он предощущает **предстоящее** нам. Это напряжение и есть неудовлетворенность. И как только мы начинаем использовать, т.е. расходовать психическое напряжение, и, тем самым продвигаться к состоянию покоя, равновесия, т.е. нормы, мы ощущаем положительную эмоцию. (См. Рис 1.).

3. Назначение психического напряжения – **побудить** нас обнаружить **в прошлом** факторы, которые формировали проблемное состояние, ощущаемое нами **сегодня** как неудовлетворенность; определить **смысл** переживаемой неудовлетворенности; произвести коррекцию своего **восприятия** действительности, поскольку «неправильное **восприятие** ведет к неправильному **пониманию**, а оно, в свою очередь, приводит к неправильным **решениям** и неправильным **действиям**» [6].

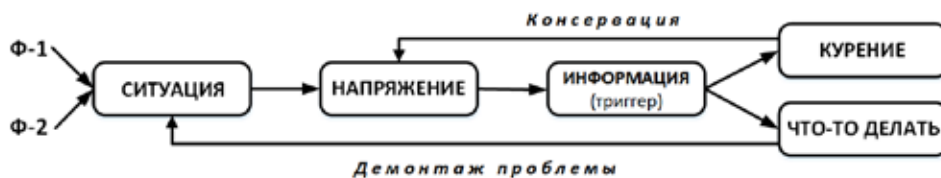


Рис. 2.

Ф-1 – фактор, представитель желаемого.

Ф-2 – фактор, представитель действительного.

Ситуация – момент столкновения и смены факторов.

Консервация – устранение напряжения путем парализации нервной системы ядами табачного дыма.

Демонтаж проблемы – пересмотр деструктивного взгляда на ситуацию и, соответственно, на то напряжение, которое она вызывает.

Итак, уважаемый читатель, мы с вами размышляли, преследуя при этом очень важную цель – вооружить себя такими представлениями о никотиновой зависимости, которые наилучшим образом позволяли бы нам устранять проблему, поразившую десятки миллионов наших соотечественников. При этом мы исходили из того, что «живой организм – открытая термодинамическая система, отличительными чертами которой является возможность **самосохранения**... Возможность **самосохранения** проявляется **способностью организма поддерживать структурный и функциональный гомеостаз** на всех уровнях, которая осуществляется с помощью постоянного обмена веществом, энергией и информацией с окружающей средой и контролируется регуляторными системами **на основе принципа отрицательной обратной связи**» [7].

Из нашего Рис.2. следует, что ситуация, которую мы можем определить, как смену внезапно изменившихся условий среды, выводит человека из состояния равновесия, нарушает гомеостаз, что включает информационно-аналитический блок, он же – триггер, и далее осуществляется практическая деятельность – совершается тот или иной поступок. Непременно совершается поступок, поскольку

длительное пребывание в состоянии неблагополучия чревато самыми разнообразными дисфункциональными и патологическими нарушениями.

Но... на какой же поступок сподобиться? Ответ на данный вопрос становится лишены сложности, если мы принимаем очевидное: ощущение напряжения, т.е. **стресс – сигнал не к курению**. «Стресс, – как утверждал канадский патолог Г. Селье, – есть **неспецифический** ответ организма на любое предъявленное ему требование» [8]. Соответственно, и наш ответ на **неспецифический** ответ может быть столь же **неспецифическим**, т.е. самым общим и каким угодно. Но самый общий – пойдти туда, не знаю куда – нас, конечно же, устроить не может. Потому-то мы и провели соответствующий анализ, и пришли к выводам, имеющим принципиальнейшее значение:

1. Сиюминутное устранение возникшего напряжения (неудовлетворенности) с помощью курения, никак не влияет на **причину**, вызывающую это напряжение, а значит, курение лишь консервирует проблему, способствует ее долгосрочному сохранению, придает ей хронический характер, что ничуть не препятствует ее рестимуляции с помощью очередной ситуации.

2. Наличие неудовлетворенности – очевидный сигнал о том, что мы что-то должны понять и сделать, но пока не постигаем происходящего и бездействуем.

3. Нами установлено, что ситуационно обусловленное напряжение (неудовлетворенность) – это, во-первых, манифестация безусловного ориентировочного рефлекса, рефлекса на новизну, возникающего в ответ на любое достаточно быстро происходящее изменение в окружающей среде; а во-вторых, это результат предчувствия и даже осознания того, что мы находимся перед необходимостью что-то понять и сделать.

4. Нами установлено, что ситуационно обусловленное напряжение (неудовлетворенность) – это ощущение, связанное с тем, что **«в прошлом»** что-то было неверно понято и неправильно сделано.

Соответственно, теперь уже исходя из наших выводов, следует еще один вывод, и он же – нами сформулированная цель: **от ситуационно обусловленного напряжения (неудовлетворенности) нужно не избавляться, а расходовать его по назначению, т.е. для демонтажа проблемы!** И помнить: **понимание** – меняет поведение, **понимание** – меняет реакции, т.е. привычки, или, говоря языком психофизиологов, меняет условные рефлексy.

6–18 июля 2018 г. **Е. Батраков**

Литература:

1. Дроздов И.В. Геннадий Шичко и его метод. – Л., 1991. – С. 90.
2. Напряжение / Энциклопедия социологии (2009). Сост. А. Антинази.
URL: <http://sociology.niv.ru/doc/encyclopedia/socio/fc/slovar-205.htm#zag-2277>
(Дата обращения: 13 июля 2018 г.)
3. Госдума ратифицировала рамочную конвенцию ВОЗ по борьбе против табака
URL: <https://www.newsru.com/russia/11apr2008/voz.html>
(Дата обращения: 18 июля 2018 г.)
4. Ханс Олаф Фекьяер. Алкоголь и иные наркотики: магические или химические вещества? – Киев: МНАТ, 1994. – С.68.
5. Сложная жизнь Георгия Вицина
URL: <http://showbizzz.net/2016/11/slozhnaya-zhizn-georgiya-vicina.html>
(Дата обращения: 12 июля 2018 г.)
6. Максим Власов. Понимание
URL: <https://psichel.ru/ponimanie/>
(Дата обращения: 9 июля 2018 г.)
7. Рубцовенко А.В. Патологическая физиология. – М.: Медпресс, 2006. – С. 26.
8. Селье Г. Стресс без дистресса. – Рига: Виеда, 1992. – С.15.

Отрезвим армию – отрезвим общество

Министру обороны Российской Федерации
С.К. Шойгу.

Проект

Обращение.

Уважаемый Сергей Кужугетович!

Мы, руководители Общероссийской общественной организации Союз борьбы за народную трезвость (СБНТ) и Общероссийской общественной организации «Объединение Оптималист» обращаемся к Вам, как к одному из ответственных и влиятельных руководителей страны, с надеждой на понимание и поддержку.

Дело в том, что против народов России ведется невидимая на глаз, но очень жестокая война, уносящая ежегодно по миллиону жителей. Главным оружием этой войны являются легальные (алкоголь, табак) и нелегальные наркотики. Алкоголь, табак и нелегальные наркотики – это оружие массового уничтожения людей. И это не пустые слова.

Великие ученые нашей страны: И.П.Павлов, Н.Е.Введенский, В.М.Бехтерев, Ф.Г.Углов и многие другие давно установили наркотическое действие алкоголя и табака на организм человека. Они не только ведут к болезням и сокращению жизни людей, но и отрицательно влияют на генетический код человека (генетический код – единая система «записи» наследственной информации). В каждом последующем поколении употребляющих спиртное и курящих людей возникают дефекты в генетическом коде, в результате чего рождаются генетически ослабленные дети, то есть имеющие повреждения генетического кода.

Еще в конце XX века было известно (по данным проф. Б.И. Исакова), что в стране насчитывается не менее 26 миллионов генно-ослабленных людей. Половину этого количества составляют дебилы и идиоты, другая половина имеет пониженный уровень умственного развития. Академик, хирург Федор Григорьевич Углов, многие годы возглавлявший борьбу за народную трезвость предупредил: «Под угрозой находится генетический код нации. А он-то и есть главное её сокровище. Способности и опыт, накопленные поколениями наших предков, спрессованы в индивидуальных генетических формулах, и переданы нам как творческий потенциал нации, как её характер и черты». (Ф.Г.Углов «Ломехузы», Л-д, 1991г., стр.95).

То есть, без всяких вооруженных действий со стороны других государств, в мирное время мы теряем по миллиону своих соотечественников и уничтожаем генофонд нации. Это не может продолжаться до бесконечности и, в конце концов, наступит вырождение народа.

Вы, как главный руководитель вооруженных сил Российской Федерации, конечно, заинтересованы в том, чтобы Российская Армия пополнялась здоровыми и крепкими парнями. А их становится всё меньше! И это ещё не всё. Из тех, кто вступает в ряды вооруженных сил, в том числе – непьющие и некурящие, очень часто возвращаются после службы, овладев вредными привычками курения и питья алкоголя. И судьба их часто бывает изломана, особенно из-за пристрастия к алкоголю.

Алкоголь – такой наркотик, что, попадая в организм человека, уничтожает нейроны головного мозга, дефор-

мирует детородные клетки, вредит буквально всем органам человека. В результате меняется психика и характер употребляющего спиртное, что приводит к грустным последствиям: тяжелым заболеваниями, разрушению молодых семей, преступлениям в нетрезвом состоянии.

Мы, руководители трезвеннического движения России, предлагаем Вам ввести в среде военнослужащих подобное движение за трезвость. Существует психолого-педагогический метод воздействия на людей (без лекарств, без кодирования, без гипноза), предложенный ученым психофизиологом Геннадием Андреевичем Шичко еще в 80-х годах XX столетия. Ознакомившись с этим методом, люди осознают значение трезвости в нашей жизни во всех её аспектах, становятся сознательными трезвенниками. Ведь какой глубокий смысл кроется в словах первого председателя СБНТ академика Ф.Г.Углова: «Только трезвая Россия станет Великой!»

В настоящее время у нас имеются квалифицированные специалисты-преподаватели метода Г.А. Шичко, которые могли бы провести разъяснительную работу – сначала с высшим кадровым составом и руководителями воинских частей и подразделений, которые в свою очередь затем передали бы знания по собриологии (науке о трезвости) и приемы отрезвления по научному методу Г.А.Шичко младшему персоналу военнослужащих.

Молодые воины, отслужив срок, вернулись бы в места своего жительства сознательными трезвенниками, показали бы пример здорового трезвого образа жизни. И свою жизнь построили бы без ухабов на нетрезвой дороге.

Без трезвости наша страна погибнет, даже если никто её завоевывать не будет. А желающих разместиться на территории Российской Федерации, имеющей значительное количество природных богатств, слишком много. И понятно, что физически ослабленный из-за алкоголя и табака народ не трудно будет покорить, даже не взирая на сверхмощное и сверхсовременное боевое вооружение. В мировой истории существуют примеры гибели народов и государств по этой причине.

Просим Вас помочь возродить здоровую и сильную Россию, не допустить её уничтожения!

К обращению прилагаем наши газеты, а также буклеты и брошюры, которые во многом разъяснят причины нашей борьбы за трезвость народа:

1. Наркомовские 100 грамм. /В.М.Ловчев/.
2. Влияние алкоголя на головной мозг, психику, характер. /Ф.Г.Углов/.
3. Влияние табака на сосудистую систему. /Ф.Г.Углов/.
4. Бессмертный полк воинов-трезвенников. /А.В.Горбатов/.
5. Психолого-педагогический метод избавления от алкоголизма. Доклад на конференции «Алкоголь в России», 2017 г.
6. Алкоголь и государство. /Священник Агапий, Беларусь/.
7. Власов Леонид Владимирович. Ветеран трезвеннического движения.

Председатель СБНТ _____ Жданов В.Г.
Председатель объединения «Оптималист» _____ Куркин В.В.

Сбережение и приумножение народа – главная задача

Как выполнить новую демографическую задачу, которую поставил В.В. Путин

В статье анализируются социально-экономические и демографические последствия ограничения доступности алкогольных изделий и демографические последствия социального оттока родителей от алкоголя и табака.

19 июня 2017 г. на совещании, посвященном демографии Президент РФ В.В. Путин поставил новую задачу: увеличить население России за три года на миллион. [1]

Прошёл год. Демографическая ситуация продолжает ухудшаться, а правительство принимает решение, которое не позволит выполнить эту важнейшую задачу.

Понять это нам поможет трезвый анализ фактов из статьи Дениса Терентьева. [2]

Автор анализирует итоги антиалкогольной кампании начала XXI века в России.

«С 2007-го года закручивание гаек шло по нарастающей: рекламу водки и пива изгнали с ТВ, а акцизы росли на 100 рублей за литр каждый год. Запрет на продажу спиртного с 22 часов до утра введён по всей стране и поначалу скорее соблюдался, чем нет. Каковы результаты?

- Только в 2012 г. акцизы на алкогольную продукцию принесли бюджету около 200 миллиардов рублей.

- Потребление алкоголя с 2005–2013 гг. упало с 18 до 16, 2 литров чистого спирта на душу населения в год.

- В 2005-2013 гг. количество умирающих в России сократилось с 2,304 до 1,872 миллионов в год.

- Акцизы на табак прибавляют к цене по 15-30% каждый год.

А что с алкоголем? Вектор антиалкогольной кампании в России переломился, в 2014 году.

«В конце нулевых правительству постепенно отошли функции Государственной думы по формированию федерального бюджета. Парламент потерял 90% своего влияния».

Санкции и падение цен на нефть после присоединения Крыма породили проблемы с наполнением государственного бюджета.

«Хотя риторика властей касательно алкоголя после 2014 г. не изменилась, пошли совсем другие решения. За 4 года акциз на алкогольную продукцию с объёмной долей этилового спирта свыше 9% вырос лишь однажды и очень незначительно: с 500 до 523 рублей за литр. Следующее повышение планируется только в 2020 г. – также весьма скромное, до 544 рублей... Водка стала, чуть ли не единственным продуктом, который кое-где подешевел в рознице. И всё потому, что в 2015 г. Росалкогольрегулирование (РАР) согласилось понизить минимальную розничную цену на водку с 225 до 185 рублей за пол-литра. На телеэкраны вернулась реклама вина и пива, а в регионах стали отменять местные ограничения: например, Самарская губернская дума отменила запрет на продажу слабоалкогольных напитков по воскресным дням с 17 до 22 часов.

Антиалкогольные активисты тогда ударили в набат. Как было сказано в обращении их коалиции, «решения правительства РФ о заморозке акцизов и снижении минимальных цен на водку, а также другие инициативы по ослаблению антиалкогольного законодательства рискуют привести нас к алкогольной катастрофе 1990-х годов». «Дешёвая водка» равно «высокая смертность» – этот простой тезис никто на вершинах власти уже не хочет слышать. Активисты с возмущением констатировали: даже формальный повод для снижения минимальной цены на водку фальсифицирован. Производители горячительного из Башкирии и Татарстана пожаловались в Госдуму, что местные рынки заполнены дешёвой водкой из Казахстана – так вот ничего подобного проверка не обнаружила. Но власть и тут осталась глуха.

Результаты не замедлили сказаться: с апреля 2017 г. по апрель 2018 г. спрос на крепкий алкоголь в России

увеличился на 16%. Со стабилизацией курса валюты опережающими темпами растёт алкогольный импорт: как по вину, так и по виски с текилой. Хотя, по всем прикидкам, рынок должен просесть. Как отмечает глава Центра федерального и регионального рынков алкоголя Вадим Дробиз, современный молодой человек переходит на потребление крепкого алкоголя в 27-28 лет. Сегодня в этот возраст вступает малочисленное поколение 1990-х годов... Продажи лихо пойдут вверх, когда начнёт по-взрослому бухать поколение беби-бума начала XXI века. А если максимально удешевить продукт...», то пьяная молодёжь «порадует» бюджет пополнением на триллионы рублей, а Минздрав и общество в целом – рождением большого, умственно и физически неполноценного поколения.

У пьяной России нет будущего. Зная это, в 1942 году Гитлер подписал директиву о демографической политике на оккупированных территориях СССР: «Славян необходимо уничтожить, для начала свести до языка жестов. Никакой гигиены... Только водка и табак».

Общественная палата РФ в 2009 году оценила убыток бюджету РФ от торговли алкоголем в 1,7 трлн. руб. в год – это примерно в 25 раз больше акцизов и более 700 000 умерших в год от болезней, вызванных употреблением алкоголя.

Минздрав РФ в 2012 году оценил ущерб от торговли табачными изделиями в 1,5 трлн. руб. в год – это примерно в 10-15 раз больше акцизов и почти 300 000 курящих в год не доживают до пенсионного возраста.

Мы считаем, что инициаторы повышения доступности алкоголя либо не знают приведенные факты, либо сознательно вредят, чтобы не допустить «увеличения населения России за три года на миллион».

В.В. Путин на форуме ОНФ назвал главные вызовы, стоящие перед Россией. Среди них – сбережение и приумножение народа...[3]

Еще в начале 80-х годов прошлого столетия новосибирские ученые, сопоставив статистические данные за тридцать лет, установили закономерность: смертность населения и рождение неполноценных детей прямо пропорциональны количеству потребляемого в обществе алкоголя. Это закономерность, которую никто не отменял и не опроверг. И в связи с этим встает закономерный вопрос к правительству, принимающему в последние годы решения на увеличение алкоголизации населения: как вы собираетесь выполнять задачу, поставленную президентом по увеличению населения России?

Для выполнения новой демографической задачи, которую поставил В.В. Путин, необходима разработка антиалкогольной и антитабачной государственной политики в России. Необходим постоянный эффективный контроль за её проведением в жизнь. Сознательный отказ населения от употребления алкогольных и табачных изделий позволит предотвратить более 1 миллиона преждевременных смертей в год и, кроме того, сберечь государству более 3 трлн. руб. в год в ценах 2012 года!!!

Трезвенническое движение России готово оказать правительству и президенту помощь в сбережении и приумножении населения России.

Владимир Николаевич Волков,
отец шестерых детей, член КС СБНТ,
член правления ООО «Оптималист»,
veraimera@yandex.ru, т.922-926-47-02

1. <https://www.youtube.com/watch?v=FXRY3hvGoXQ>.

2. Денис Терентьев. «Кому алкоголь помогает в кризис» <http://argumenti.ru/society/2018/08/581342?typelink=openlink>.

3. <https://rns.online/economy/Putin-nazval-glavnie-vizovystoayaschi.e-pred-Rossiei-2017-12-19/>.

Безвредный уровень потребления алкоголя равен нулю

Об этом исследовании *Global Burden of Disease Study* (изучение глобального бремени болезней) 2016, опубликованном в журнале *The Lancet* мы уже писали в прошлом номере газеты «Соратник» №6(246), напомнили и в очередном номере «Соратника» №7(247). Однако, для пущей убедительности как нас самих, так и оппонентов, приводим здесь эту публикацию, размещенную в интернете по адресу [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)31310-2/fulltext#%20](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)31310-2/fulltext#%20). Там, кстати, чудесным образом, без вашего желания, происходит смена английского текста на русский. Очевидно, перевод осуществляется компьютером. Однако компьютерный перевод даёт лишь примерное представление о содержании текста и нуждается в корректировке и доработке специалистом. В этом мне помогла Наталья Александровна Гринченко, за что ей большое спасибо.

Печатный вариант газеты, к сожалению, вышел до завершения этой доработки, потому в ряде разделов сохранились неточности перевода – Редактор

Потребление и бремя алкоголя в 195 странах и территориях, 1990-2016: системный анализ глобального исследования бремени болезней 2016

Финансирование – Фонд Билла и Мелинды Гейтс

Аббревиатуры

DALYs – Disability-Adjusted Life Years - годы жизни, скорректированные из-за нетрудоспособности (ЛЖСН)

UI - Utilisation Index – индекс применения, интервал неопределённости (ИН)

GBD - Human Genome Database – база данных человеческого генома (БДЧГ).

TMREL – Theoretically Minimal Risk Level – теоретически минимальный уровень риска (ТМУР).

PAF - Platelet-Activating Factor, also known as **PAF**, **PAF**-acether – фактор, активирующий тромбоциты (ФАТ)

SDI – Social Demographic Index – сводный показатель общего развития, основанный на уровне образования, рождаемости и дохода на душу населения в пределах страны – социально-демографический индекс (СДИ)

FARS - Fatality Analysis Reporting System - система отчетности по анализу смертности (СОАС)

Краткие сведения

Актуальность

Употребление алкоголя является ведущим фактором риска смерти и инвалидности, но его общая связь со здоровьем остается сложной с учетом возможного защитного воздействия умеренного потребления алкоголя на некоторые условия. Благодаря нашему комплексному подходу к учету здоровья в рамках глобального исследования бремени болезней, травм и факторов риска в 2016 году, мы подготовили улучшенные оценки употребления алкоголя и связанных с алкоголем смертей и лет жизни, скорректированных из-за нетрудоспособности (ЛЖСН) для 195 стран в период с 1990 по 2016 год, для обоих полов и для 5-ти возрастных групп в возрасте от 15 лет до 95 лет и старше.

Методы

Используя 694 источника данных об индивидуальном и популяционном потреблении алкоголя, а также 592 проспективных и ретроспективных исследования риска употребления алкоголя, мы подготовили оценки распространенности текущего употребления алкоголя, воздержания, распределения потребления алкоголя среди нынешних пьющих в стандартных напитках ежедневно (определяется как 10 г чистого этилового спирта), а также связанных с алкоголем смертей и (ЛЖСН). Мы сделали несколько методологических улучшений по сравнению с предыдущими оценками: во-первых, мы скорректировали оценки продаж алкоголя с учетом туристического и неучтенного потребления; во-вторых, мы провели новый Мета-анализ относительных рисков для 23 последствий для здоровья, связанных с употре-

блением алкоголя; в-третьих, мы разработали новый метод количественной оценки уровня потребления алкоголя, который минимизирует общий риск для здоровья человека.

Полученные данные

В мире употребление алкоголя было седьмым по значимости фактором риска, как для смертей, так и для (ЛЖСН) в 2016 году, составив 2,2% (95% интервала неопределенности [ИН] 1,5-3,0) стандартизированных по возрасту смертей женщин и 6,8% (5·8-8·0) стандартизированных по возрасту смертей мужчин. Среди населения в возрасте 15-49 лет, употребление алкоголя был ведущим фактором риска в мире в 2016 году, с 3,8% (3,2-4,3) случаев смерти женщин от употребления алкоголя и 12,2% (10,8-13,6) случаев смерти мужчин от употребления алкоголя. Среди населения в возрасте 15-49 лет доля женщин, относящихся к группе ЛЖСН, составила 2,3% (2,0-2,6), а мужчин – 8,9% (7,8-9,9). Тремя основными причинами смертности в этой возрастной группе были туберкулез (1,4% [95% ИН 1,0-1,7] общей смертности), дорожно-транспортного травматизма (1,2% [0,7-1,9]), и самоповреждение (1,1% [0,6-1,5]). Среди групп населения в возрасте 50 лет и старше в 2016 году на онкологические заболевания приходилась значительная доля общего числа случаев смерти, обусловленных употреблением алкоголя, что составляет 27,1% (21,2-33,3) общего числа случаев смерти женщин, вызванных алкоголизмом, и 18,9% (15,3-22,6) смерти мужчин. Уровень потребления алкоголя, который минимизировал вред для здоровья, был нулевым (95% ИН 0,0-0,8) доз стандартных напитков в неделю.

Толкование

Употребление алкоголя является одним из ведущих факторов риска глобального бремени болезней и приводит к значительной потере здоровья. Мы обнаружили, что риск смертности от всех причин и, в частности, рака повышается с увеличением уровня потребления, **а уровень потребления, который минимизирует потери здоровья, равен нулю** (*здесь и далее выделено редакцией*). Эти результаты свидетельствуют о том, что политику по контролю над алкоголем, возможно, потребуется пересмотреть во всем мире, сосредоточив усилия на снижении общего уровня потребления алкоголя населением.

Введение

Употребление алкоголя имеет *сложные взаимосвязи* со здоровьем. Исследователи признали употребление алкоголя ведущим фактором риска для бремени болезней, и исследования связывают его потребление с 60 острыми и хроническими заболеваниями^{1,2,3}. Кроме того, некоторые исследования показывают, что низкий уровень потребления алкоголя может иметь защитное влияние на ишемическую болезнь сердца, диабет и некоторые другие результаты^{4,5,6}. Этот вывод не является окончательным, и последние исследования бросили вызов этому мнению с помощью менделевской рандомизации и Мета-анализа^{7,8,9,10}.

Определение вреда, причиненного употреблением алкоголя, дополнительно осложняется тем, что употребление алкоголя влияет на здоровье: кумулятивным потреблением, приводящим к неблагоприятному воздействию на органы и ткани; острой интоксикации, приводящей к травмам или отравлению; и к нарушениям *психики*, зависимым от алкоголя, приводящим потенциально к самоповреждению или насилию. *На эти эффекты также влияет объем и характер потребления алкоголя*^{2цй}. Измерение влияния употребления алкоголя на здоровье требует тщательного учета всех этих факторов.

Исследования в контексте

Доказательства до этого исследования

Хотя исследователи признают, что употребление алкоголя является ведущим фактором риска преждевременной смерти и инвалидности, некоторые данные свидетельствуют о том, что низкое потребление может иметь защитное влияние на специфические состояния, такие как ишемическая болезнь сердца и диабет. Для анализа воздействия употребления алкоголя на здоровье необходим мониторинг потребительского поведения. Исторически исследователи полагались на данные самоотчетных обследований для оценки уровней потребления и тенденций. Однако эти данные имеют системную тенденциозность, что делает кросс-территориальные сравнения ненадежными. В докладе о состоянии алкоголя и здоровья в мире, а также в *повторных глобальных исследованиях* бремени болезней, травм и факторов риска была предпринята попытка произвести гармонизированное сравнение потребления алкоголя и его вреда в разных странах путем использования данных о продажах алкоголя, распространенности текущего употребления алкоголя

и воздержания, а также самоотчетов о количестве потребления.

Дополнительная ценность данного исследования

В этом анализе мы улучшили имеющиеся оценки потребления алкоголя и связанной с ним нагрузки на здоровье пятью способами. Во-первых, мы объединили 694 индивидуальных и демографических источника данных для оценки уровня потребления алкоголя среди нынешних пьющих. Во-вторых, мы разработали метод корректировки потребления алкоголя туристами на уровне населения. В-третьих, мы улучшили существующие методы, которые учитывают неучтенное потребление *населением*. В-четвертых, мы провели новый систематический обзор и Мета-анализ употребления алкоголя и 23 связанных с ним *последствий* для здоровья, которые мы использовали для оценки новых кривых зависимости «доза-реакция» от относительного риска. В-пятых, используя новые кривые относительного риска и новый аналитический метод, мы оценили воздействие потребления алкоголя, которое минимизирует общий относительный риск *для* человека.

Трактовка всех имеющихся доказательств

Общее бремя, связанное с употреблением алкоголя, было больше, чем указывали предыдущие данные, и растет *пропорционально* с потреблением. **На основе взвешенных относительных кривых риска для каждого результата здоровья, связанного с употреблением алкоголя, уровень потребления, который минимизирует потери здоровья из-за употребления алкоголя, равен нулю.** Эти выводы убедительно свидетельствуют о том, что политика контроля за алкоголем должна быть направлена на сокращение общего потребления на уровне населения. **Для потенциального снижения воздействия употребления алкоголя на будущую потерю здоровья странам необходимо пересмотреть свою политику в области контроля за алкоголем и оценить, каким образом её можно изменить, чтобы добиться дальнейшего снижения уровня потребления среди населения.**

В ряде исследований была предпринята попытка рассмотреть эти факторы, чтобы дать глобальную оценку потреблению алкоголя и связанных с ним последствий для здоровья. Наиболее полным из этих исследований был доклад о состоянии здоровья и алкоголизма ВОЗ, а также предыдущие повторные глобальные исследования бремени болезней, травм и факторов риска для базы данных человеческого генома (БДЧГ)^{11,12,13}.

Цель настоящего исследования – опираясь на ранее проделанную работу, устранить ряд недостатков, выявленных в ходе предыдущих исследований.

Во-первых, в имеющихся исследованиях была проведена оценка риска употребления алкоголя на основе внешних Мета-анализов, которые не контролируют смешение при выборе справочной категории в рамках составляющих исследований. Этот подход является проблематичным из-за так называемой гипотезы большого квинтера, которая подчеркивает важность выбора референтной группы для правильной оценки риска среди пьющих, а также других сбивающих с толку характеристик исследования, таких как способность к

До недавнего времени большинство Мета-анализов потребления алкоголя не контролировались по составу эталонной категории. Впоследствии **оценки вреда, основанные на этих исследованиях, были предвзятыми**. Мы стремились решить этот вопрос в рамках Мета-анализа, включив в него элементы управления для различных категорий ссылок и среднего возраста участников.

Во-вторых, в предыдущих исследованиях использовались данные о продажах для оценки потребления алкоголя на уровне населения. Исследователи отметили преимущество использования данных о продажах вместо данных обследований для количественного определения *потребления* алкоголя, имеющихся в пределах одной страны^{18,19}.

Тем не менее, данные о продажах все еще являются тенденциозными из-за потребления туристами и неучтенного потребления от незаконных продаж, домашнего пивоварения и местных напитков. Без корректировки этих факторов оценки, основанные на данных о продажах, могут быть предвзятыми и приводить к неточным межтерриториальным сравнениям. В рамках настоящего исследования мы скорректировали оценки потребления алкоголя на уровне населения с учетом туризма и неучтенного потребления.

В-третьих, в предыдущих исследованиях предполагали, что минимальный вред достигается при нулевом уровне фактического воздействия. В рамках сравнительного подхода к оценке риска, требуется определить минимально вредный фактический уровень потребления, для отдельных слоёв населения (ОСН)¹.

Однако фактический уровень необходимо оценивать, а не предполагать, учитывая сложности, связанные с оценкой риска употребления алкоголя по всем результатам. Иначе можно не суметь охватить все потенциальные нелинейные влияния между пользой алкоголя и здоровьем. В нашем исследовании предлагается новый метод использования имеющихся фактических данных для установления фактического уровня, минуя различные относительные риски, для выработки рекомендаций по употреблению алкоголя с низким риском.

В настоящем исследовании мы ставили перед собой цель устранить эти ограничения и представить наилучшие имеющиеся оценки потребления алкоголя и связанного с этим бремени здравоохранения. Мы оценили распространенность употребления алкоголя в настоящее время (один или несколько напитков в прошлом году); воздержание от алкоголя (отсутствие алкоголя в прошлом году); распределение потребления алкоголя среди нынешних пьющих в стандартных напитках ежедневно; и бремя болезни, связанное с употреблением алкоголя, с точки зрения смертей и лет жизни, скорректированных из-за нетрудоспособности (ЛЖСН). Мы подготовили эти оценки для 195 стран в период с 1990 по 2016 год, для обоих полов и для 5-летних возрастных групп в возрасте от 15 лет до 95 лет и старше. Мы также провели новый Мета-анализ для оценки риска «доза-реакция» на потребление алкоголя для 23 последствий употребления алкоголя. Наконец, мы оценили уровень потребления алкоголя, который минимизирует общий риск потери здоровья.

План исследования

Это исследование проводится в рамках изучения сравнительных рисков, разработанных в предыдущих повторных исследованиях ЛЖСН²⁰.

В следующих разделах мы обобщаем наши методы и кратко представляем инновации. Полное описание доступно в Приложении 1. Это исследование полностью соответствует руководящим принципам для точных и прозрачных медицинских оценок отчетности (сбор) заявление²¹.

Мы оценили воздействие алкоголя как граммы чистого этанола, ежедневно потребляемого потребителями алкоголя (которые мы представляем здесь с точки зрения ежедневных стандартных напитков, определяемых как 10 г чистого этилового спирта). Мы оценивали относительные риски по дозе в граммах чистого этилового спирта для каждой включенной пары «риск-результат». Мы выяснили, какие причины и последствия травм следует включить, просмотрев перспективные и наблюдательные исследования, и оценив причинно-следственную связь, используя критерии Брэдфорда-Хилла для причинно-следственной связи².

Мы представили 23 результата, а полный список пар «риск-результат», а также соответствующие источники данных приводятся в Приложении 1 (с. 52-140).

Источник данных

Мы нашли источники, в которые включены показатели текущей питьевой распространенности и выпитого в граммах в сутки, используя базу данных Глобального здоровья (GHDx) и Общественной медицины (PubMed)².

Для Мета-анализа мы искали PubMed, GHDx и ссылки на ранее опубликованные Мета-анализы. Для наших оценок экспозиции мы извлекли 121029 точек данных из 694 источников по всем показателям экспозиции. Для оценок относительных рисков мы выбрали 3992 случая по 592 исследованиям. Эти оценки относительного риска соответствовали выборке из 28 миллионов человек и 649 000 зарегистрированных случаев соответствующих результатов. Список всех включенных источников данных в Приложении 1 (с. 52-140).

Чтобы оценить стандартные напитки, потребляемые ежедневно нынешними пьющими, мы придерживались общего подхода, используемого Rehm и коллегами¹⁸.

Мы кратко объясним этот метод здесь, наряду с двумя методологическими нововведениями для учета смещения в модели продаж: корректировка для учета туристического потребления и обновленная корректировка для неучтенного потребления. Полное объяснение этого подхода имеется в Приложении 1 (с. 18-49).

Для оценки воздействия мы объединили оценки потребления алкоголя на уровне населения и потребления алкоголя на индивидуальном уровне для производства стандартных напитков, потребляемых ежедневно среди нынешних пьющих и текущей распространенности алкоголизма, в пределах определенной территории, года, возрастной группы и пола. Мы начали с оценки *потребления* алкоголя на уровне населения в литрах на душу населения на основе данных о продажах, индивидуальных оценок распространенности нынешних пьющих и воздерживающихся от данных обследований, а также индивидуальных оценок коли-

чества алкоголя, потребляемого в граммах в день на основе данных обследований. Затем, мы пересчитали возрастные и половые оценки индивидуального уровня потребления для данной территории и года, чтобы они согласовывались с оценками потребления на уровне населения. Изучив количество употребляемых напитков мы преобразовали эти данные в граммы чистого этанола, используя допущения среднего содержания алкоголя в зависимости от типа напитка (приложение 1, с. 50). Наконец, мы пересмотрели оценки текущего употребления алкоголя и воздержания, чтобы в пределах данной территории, года, возрастной группы и пола две оценки суммировались до одной.

После того, как мы вычислили нашу модель потребления алкоголя на уровне населения из данных о продажах, мы проконтролировали источники тенденциозности, которые могут возникнуть из-за туризма и неучтенного потребления, не зарегистрированного в официальных продажах. Для учета потребления туристами мы рассчитали дополнительное количество алкоголя, потребляемого за рубежом отечественными гражданами, и вычли меру алкоголя, потребляемого туристами внутри страны. Мы извлекли данные о количестве туристов по странам происхождения и назначения из Всемирной туристской организации и использовали эти данные для получения оценок общего числа туристов, процента туристов по местоположению и средней продолжительности пребывания с использованием пространственно-временной регрессии Гауссовского процесса²⁴.

Мы объединили эти оценки с показателями содержания алкоголя в литрах на душу населения по территории, чтобы рассчитать точное общее количество алкоголя, потребляемого туристами или отечественными гражданами, выезжающими за границу.

Для учета потребления алкоголя, неучтенного в официальных данных о продажах алкоголя (т. е. неучтенное потребление от незаконного производства, домашнего пивоварения, местных напитков или алкоголя, проданного в качестве безалкогольного продукта), мы собрали оценки по опубликованным исследованиям процентного содержания общего алкоголя из-за неучтенного потребления. Мы отобрали 1000 образцов потребления в диапазоне между нулем и средним значением сравнительных исследований по местоположению (выборка из интервала неопределенности из каждого исследования, а затем усреднили результат), чтобы оценить общий уровень потребления, который, вероятно, не будет зарегистрирован. Мы использовали консервативный подход из-за широкой неоднородности как методов, так и оценок во включенных источниках данных. Мы предоставляем оценки этих показателей в Приложении 1 (с. 46-49).

Систематический обзор и Мета-анализ

Мы провели новый систематический обзор каждого связанного с ним результата, чтобы включить новые выводы о риске и улучшить существующие подходы. Эта стратегия позволила нам систематически контролировать справочную категорию, смешивающуюся в составных исследованиях по сопутствующим результатам. Мы обеспечиваем стратегии поиска: поиск схем, кривые «доза–реакция» для каждого результата, и ссылки для

каждого результата в Приложении 1 (с. 57-146).

Исходя из нашего систематического обзора, мы провели Мета-анализ риска употребления алкоголя. Для каждого результата мы оценивали кривую относительного риска «доза–реакция» с использованием логистической регрессии со смешанными эффектами с нелинейными сплайнами для доз от 0 до 12,5 стандартных напитков в день. Мы выбрали 12,5 доз стандартных напитков в день в качестве точки отсечки, учитывая отсутствие доступных данных за пределами этого диапазона. Мы представляем дополнительное подробности о модели в Приложении 1 (с. 51-138). Мы проверили важность включения переменной уровня исследования в состав ссылочной категории (например, были ли бывшие пьющие включены в категорию воздерживающихся или нет). Эта переменная была включена в модель в качестве предиктора, что было характерно для ишемической болезни сердца, ишемического инсульта и диабета.

Используя наши кривые «доза–реакция на результат» (*ранее и в дальнейшем «доза–реакция»*), мы оценили уровень потребления, который минимизирует вред, который определяется в сравнительном подходе к оценке риска как теоретический минимальный уровень риска (ТМУР). Мы выбрали теоретический минимум на основе Кривой относительного риска средневзвешенного значения по всем относительным результатам. Мы построили веса для каждого результата риска на основе соответствующей глобальной, стандартизированной по возрасту ставки ЛЖСН на 100 000 в 2016 году для обоих полов. Наша ТМУР была минимумом этой взвешенной кривой «доза–реакция».

Время, связанное с употреблением алкоголя

Мы рассчитывали факторы, активирующие тромбоциты (ФАТы), используя наши оценки воздействия, относительных рисков и ТМУР, следуя тому же подходу, который был применен в исследованиях ЛЖСН²⁰.

Для расстройств, связанных с употреблением алкоголя, которые по определению полностью обусловлены, мы предположили, что ФАТ равняется 1²⁴.

После этого расчета, мы ФАТы умножили на конкретные результаты оценки смертности и ЛЖСН, и суммировали их по результатам для расчета общей нагрузки в конкретных местах. Мы сложили результаты воздействия и нагрузки на глобальном уровне и представили их по квинтилю социально-демографического индекса СДИ. Территории, классифицированные по квинтилю СДИ, содержатся в приложении 1 (стр. 8-12)²⁵.

Мы также построили стандартизированные по возрасту значения всех оценок, используя те же возрастные группы, что и в генетической базе данных человеческого генома (БДЧГ) стандартной популяции.

Мы внесли одну поправку в ФАТ дорожно-транспортного травматизма, чтобы оценить бремя, из-за употребления алкоголя другим человеком. Мы обосновывали эту корректировку на основе данных системы отчетности по анализу смертности (СОАС) в США, которая включает среднее число смертей в автомобильных авариях, связанных с алкоголем, и процентную долю этих смертей по возрасту и полу.

С учетом возраста и пола водителя мы умножили число смертных случаев, связанных с алкоголем и дорож-

но-транспортными травмами, на среднее число случаев смерти. Мы умножили возрастные и зависимые от пола показатели, связанные с алкоголем и дорожно-транспортными последствиями, применимыми к ЛЖСН, на среднее число погибших. Затем мы перераспределили данные, соотносимые с ЛЖСН, согласно системе отчетности по анализу смертности (СОАС) с вероятностями того, что популяция по возрасту и полу будет связана с дорожной травмой, с учетом возраста и пола водителя. На основе имеющихся данных, мы предположили, что территории за пределами США следует рассматривать по аналогичной схеме, по которой рассчитали в соответствии с СОАС. После перераспределения данных, приписываемых ЛЖСН, мы снова получили ФАТы, разделив перераспределенные данные, присваиваемые ЛЖСН на общее число ЛЖСН в пределах конкретной демографии.

Анализ неопределенности

Для всех этапов мы рассчитали неопределенность для оценки смертности, обусловленной воздействием алкоголя, и ЛЖСН, взяв 1000 заимствований из данных неопределенности из-за ошибки выборки и неопределенности моделирования, возникающей в результате выбора гиперпараметров и оценки параметров. Затем мы использовали эти заимствования на протяжении всего процесса моделирования. При указании интервалов неопределенности, мы представляем 2,5 и 97,5 процентилей ничьих.

Роль источника финансирования

Спонсоры исследования не играли никакой роли в плане исследования, сборе данных, анализе данных, интерпретации данных или написании отчета. Автор имел полный доступ ко всем данным исследования и нес окончательную ответственность за принятие решения о публикации.

Результаты

Глобальные, региональные и национальные тенденции потребления алкоголя

В 2016 году 32,5% (95% интервала неопределенности [ИН] 30,0-35,2 людей во всем мире которые в настоящее время пьют, в настоящее время пьющими были 25% (23-27) женщин и 39% (36-43) мужчин (приложение 2). Эти показатели означают, что 2,4 (2,2-2,6) миллиарда людей во всем мире, были пьющие, из них 1,5 (1,4-1,6) миллиарда мужчин и 0,9 (0,8-1,0) миллиарда женщин (приложение 2, с. 2-1994). В глобальном масштабе среднее количество потребляемого алкоголя составило 0,73 (0,68-0,78) стандартных доз напитков ежедневно соответственно для женщин и мужчин 1,7 (1,5-1,9).

Распространенность пьянства зависит от территории (рис. 1). Распространенность высокая для высоких мест с высоким социально-демографическим индексом СДИ, где 72% (69-75) женщин и 83% (80-85) мужчин были пьющими В Приложении 2, стр. 8-12, представлены СДИ

по странам. Распространенность употребления алкоголя была самой низкой в местах с низким и средним уровнем СДИ, где 8,9% (6,6-9,7) женщин и 20% (17-22) мужчин были пьяницами. В выборках СДИ женщины потребляли меньше алкоголя, чем мужчины, причем размер этого неравенства уменьшался с более высоким уровнем СДИ. Например, мы обнаружили большие различия между женщинами и мужчинами в Непале, только 1,5% (1,2-1,9) женщин, которые в настоящее время пьют в 2016 году, по сравнению с 21% (17-25) мужчин. И, наоборот, во многих районах с высоким уровнем СДИ распространенность среди мужчин и женщин была одинаковой. Например, мы обнаружили минимальные различия в Швеции, где 86% (84-88) женщин и 87% (85-89) мужчин были пьющими.

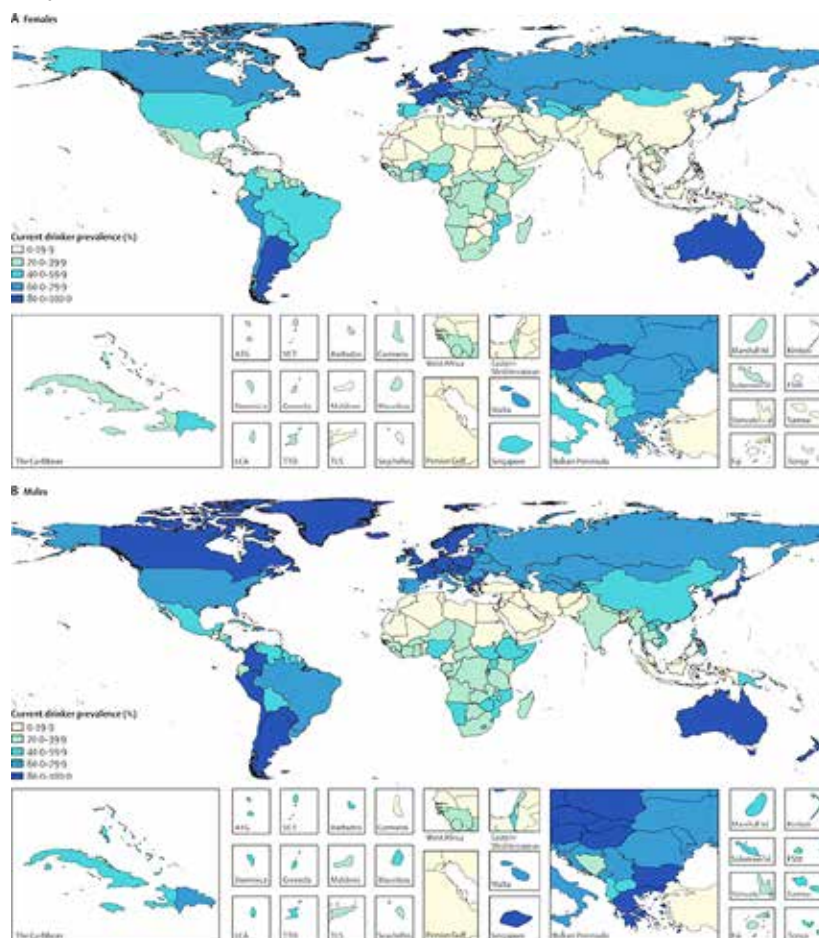


Рис. 1. Стандартизированные по возрасту распространенность пьянства среди женщин (А) и мужчин (Б) в 2016 году в 195 странах

Средние показатели потребления стандартных напитков среди нынешних пьющих в 2016 году также сильно отличаются в зависимости от страны и пола. (Рис. 2). В странах с высоким СДИ самый высокий средний уровень доз стандартных напитков, потребляемых ежедневно, с 1,9 (1,3-2,7) среди женщин и 2,9 (2,0-4,1) среди мужчин. В странах с низким СДИ наименьшее среднее число доз, стандартных напитков, потребляемые ежедневно, для мужчин с 1,4 (0,6-2,4); в то время как в странах с низким и средним уровнем СДИ самое низкое среднее число стандартных доз напитков, потребляемых ежедневно, для женщин, с 0,3 (0,1-0,6).

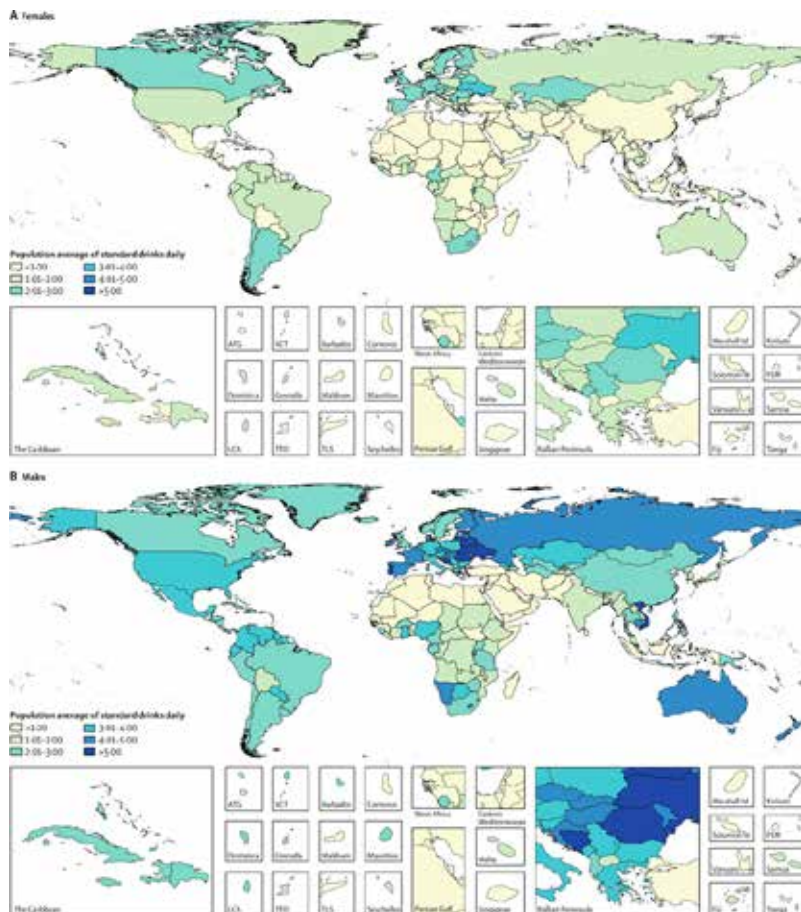


Рис. 2. Средний показатель стандартных доз (10 г чистого этанола за один прием), потребляемых в день, стандартизированные по возрасту, для женщин (А) и мужчин (Б) в 2016 году в 195 странах

Глобальные тенденции смертности от алкоголя и бремя болезней

В 2016 году 2,8 миллионов смертей (2,4-3,3) были связаны с употреблением алкоголя. Это соответствует 2,2% (1,5-3,0) общей стандартизированной смертности среди женщин и 6,8% (5,8-8,0) среди мужчин. С точки зрения общего бремени болезней, употребление алкоголя привело к 1,6% (1,4-2,0) всех ЛЖСН в мире в 2016 году среди женщин и 6,0% (5,4-6,7) среди мужчин. Употребление алкоголя заняло седьмое место среди факторов риска преждевременной смерти и инвалидности в 2016 году по сравнению с другими факторами риска в исследованиях базы данных человеческого генома (БДЧГ). Среди населения в возрасте 15-49 лет, употребление алкоголя было ведущим глобальным фактором риска в связи с риском, обусловленным бременем заболеваний, в результате чего 8,9% (7,8-9,9) относительного ЛЖСН для мужчин и 2,3% (2,0-2,6) для женщин. Среди населения в возрасте 15-49 лет, 3,8% (3,2-4,3) случаев смерти женщин и 12,2% (10,8-13,6) случаев смерти мужчин были связаны с употреблением алкоголя.

Как общее бремя болезней, так и доля причин, связанных с употреблением алкоголя, различаются по полу, возрасту и квинтилю СДИ (рис. 3; приложение 2, с. 1997-2186). В абсолютном выражении бремя болезней, обусловленных алкоголем, было для женщин меньше, чем для мужчин (рис. 3). Для женщин бремя,

связанное с алкоголем, увеличивалось с возрастом, а для мужчин до 55-65 лет, после чего бремя, связанное с алкоголем, уменьшалось. Женщины, особенно в районах с высоким уровнем СДИ, испытывали некоторые защитные эффекты при ишемической болезни сердца и диабете в возрасте старше 60 лет. У мужчин только высокие показатели и низкие показатели СДИ оказывали заметное защитное воздействие на ишемическую болезнь сердца, но эффект был незначительным по сравнению с общим относительным бременем болезней в этих странах.

Как для мужчин, так и женщин, бремя болезней изменяется на протяжении всей жизни (рис. 3). Тремя основными причинами смертности в этой возрастной группе были туберкулез (1,4% [1,0-1,7] общей смертности), дорожно-транспортного травматизма (1,2% [0,7-1,9]), и самоповреждение (1,1% [0,6-1,5]). Для женщин в возрасте 15-49 лет расстройства, связанные с употреблением алкоголя, составляют наибольшую долю относительного бремени по квинтилям социально-демографического индекса СДИ; основным исключением является туберкулез, на который приходится наибольшая доля относительного бремени в условиях низких СДИ: В этом возрастном диапазоне, транспортные травмы и расстройства, связанные с употреблением алкоголя,

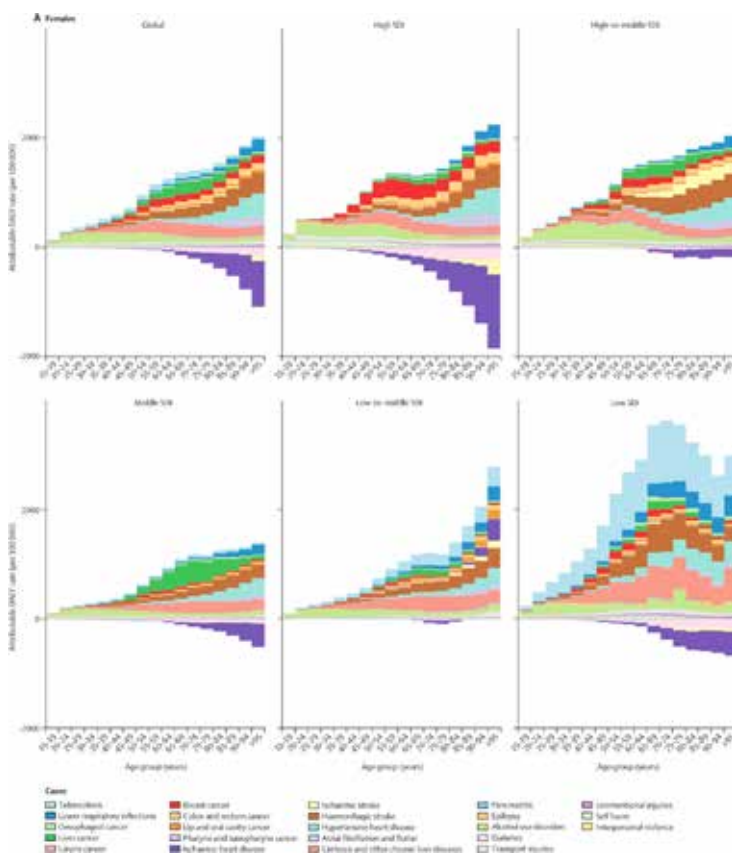


Рис. 3 А. Динамика показателей ЛЖСН в глобальном масштабе и для каждого региона, в зависимости от возраста и пола, в 2016 году

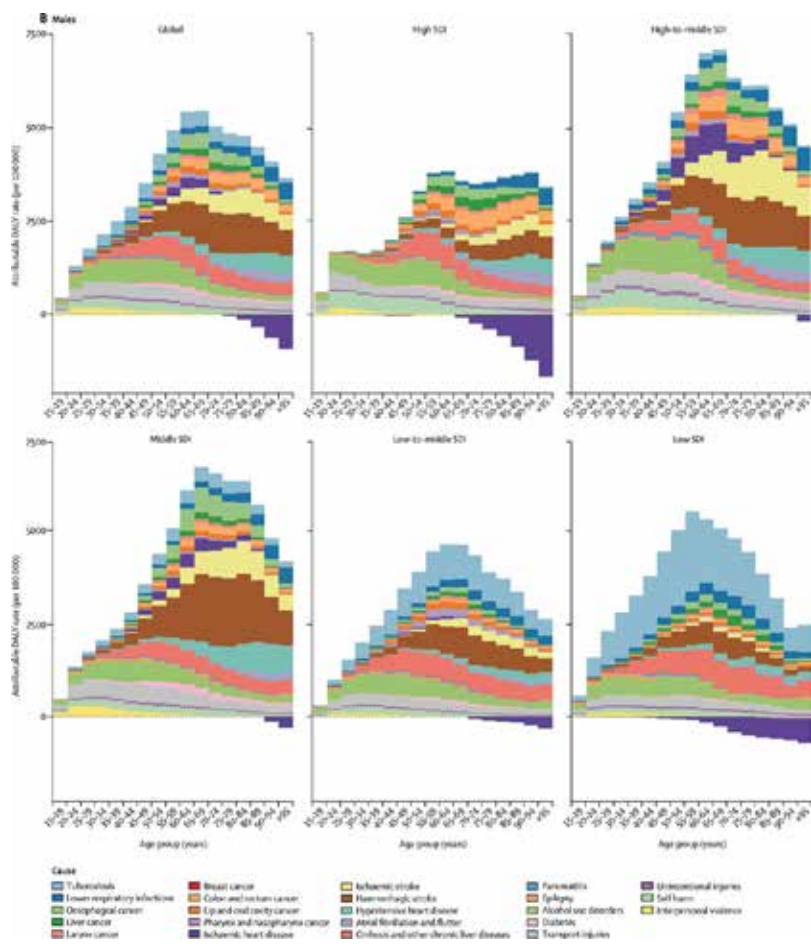


Рис. 3 Б. Динамика показателей ЛЖСН в глобальном масштабе и для каждого региона, в зависимости от возраста и пола, в 2016 году

были преобладающими причинами бремени болезнью для мужчин в квинтилях с высоким и средним уровнем СДИ; для квинтилей с низким и средним уровнем СДИ туберкулез был основной причиной обусловленного бремени для обоих полов.

В возрастной группе старше 50 лет причины общего бремени болезней стали более сложными по квинтилю СДИ. В возрастной группе 50 лет и старше, в 2016 году на онкологические заболевания приходится значительная доля от общего числа смертей, обусловленных алкоголем, что составляет 27,1% женских (95% ИН 21,2-33,3) от общего числа смертей, связанных с алкоголем, и 18,9% мужских (15,3-22,6) смертей. В странах с высоким уровнем СДИ раковые заболевания являются основным источником соответствующего бремени для обоих полов. В странах с низким уровнем СДИ туберкулез является основной причиной бремени для обоих полов, за которым следуют цирроз и другие хронические заболевания печени. Профиль бремени в странах с высоким и средним СДИ и странах с низким СДИ для женщин и мужчин состоял в основном из ишемического и геморрагического инсульта, рака печени для женщин. Во всех квинтилях СДИ геморрагический инсульт и гипертоническая болезнь сердца являлись основными источниками бремени для женщин в возрасте 80 лет и старше. Для мужчин

этой возрастной группы состав бремени был аналогичен составу бремени у мужчин в возрасте 50 лет и старше.

Риски для здоровья, связанные с употреблением алкоголя

На рисунке 4 показана кривая относительных рисков для здоровья, отдельно для мужчин и женщин. Кривые относительных рисков-для каждого из последствий для здоровья представлены в Приложении 2 (с. 52-140). С помощью этого анализа мы нашли статистически значимые доказательства для J-образной кривой для ишемической болезни сердца; не значимые J-образные кривые наблюдались для диабета и ишемического инсульта. При ишемической болезни сердца мы обнаружили минимальный относительный риск 0,86 (0,80-0,96) для мужчин и 0,82 (0,72-0,95) для женщин, при употреблении 0,83 стандартных доз напитков для мужчин и 0,92 стандартных ежедневных доз для женщин. Мы не обнаружили значительной разницы в относительных кривых риска для ишемической болезни сердца или диабета при оценке кривых по возрасту. Для всех остальных результатов, в том числе всех видов рака, мы обнаружили, что относительный риск пропорционально увеличивается с потреблением алкоголя (приложение 2, с. 57-146).

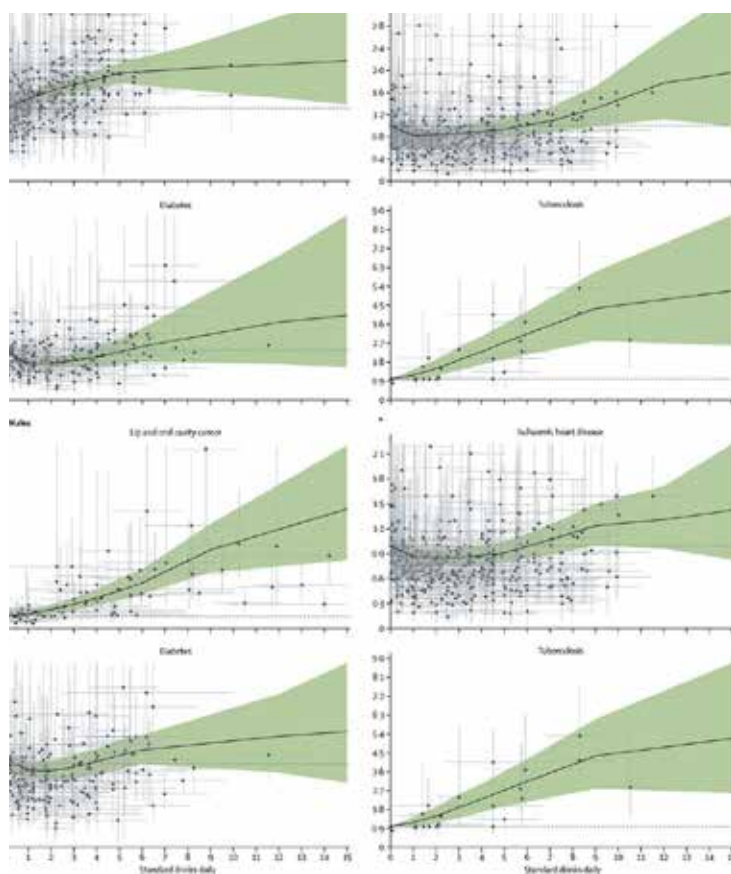


Рис. 4. Кривые относительных рисков для выбранных условий по количеству стандартных доз алкоголя, потребляемых ежедневно

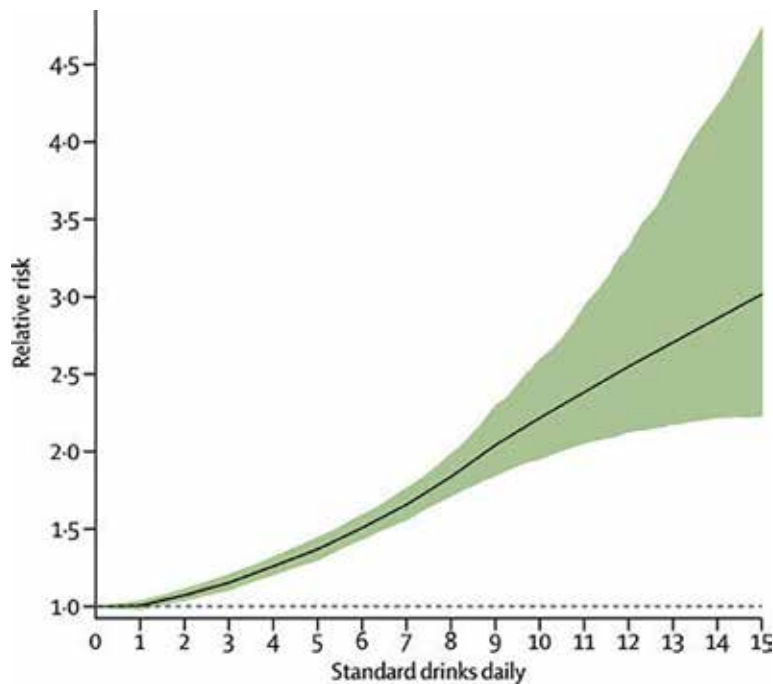


Рис. 5. Рассчитанные относительные риски для всех причин, связанных с употреблением алкоголя, по стандартным напиткам, потребляемым ежедневно

Обсуждение

В 2016 году употребление алкоголя привело к 2,8 миллионам смертей и стало ведущим фактором риска преждевременной смерти и инвалидности среди людей в возрасте 15-49 лет, для почти 9% всех приписываемых ЛЖСН для мужчин и более 2% для женщин. Наши результаты свидетельствуют о том, что употребление алкоголя было связано с гораздо большей потерей здоровья для мужчин, чем для женщин, при этом в 2016 году бремя болезней для мужчин примерно в три раза выше, чем для женщин. **Оценивая все связанные с этим относительные риски для употребления алкоголя, мы обнаружили, что нулевое употребление стандартных напитков ежедневно минимизирует общий риск для здоровья.**

В предыдущем исследовании были проанализированы риски всех причин, связанных с употреблением алкоголя, либо путем изучения рисков всех причин в конкретных когортах и сериях обследований, либо путем мета-анализа этих исследований^{26,27}.

Полученные впоследствии данные свидетельствуют о стойком защитном воздействии некоторых низких или умеренных уровней потребления алкоголя на смертность от всех причин. Однако эти исследования были ограничены небольшими размерами выборок, неадекватным контролем, и неоптимальным выбором референтных групп для расчета относительных рисков. Более поздние исследования, в которых использовались такие методологии, как менделевская рандомизация, объединение когортных исследований и многофакторный скорректированный мета-анализ, все чаще показывают либо незначительное, либо отсутствие защитного эффекта от употребления алкоголя на смертность от всех причин, либо сердечно-сосудистые заболеваний^{7,14,28}. Наши результаты по взвешенному связанному риску согласуются с этой областью работы. В совокупности эти **данные подчеркивают,**

При оценке взвешенный относительный риск кривой, мы обнаружили, что употребление ноль (0,0-0,8) стандартных доз напитка ежедневно минимизировать общий риск всех потерь здоровья (рис. 5). Риск рос пропорционально с увеличением количества ежедневного питья. Эта взвешенная кривая относительного риска учитывает защитные эффекты употребления алкоголя, связанные с ишемической болезнью сердца и диабетом у женщин. Однако эти защитные эффекты были компенсированы рисками, связанными с раком, который пропорционально увеличивался с потреблением. В анализе чувствительности, где мы исследовали, как изменялась кривая взвешенного относительного риска на основе выбора весов для различных исходов здоровья, кривая значительно изменилась только в условиях, когда диабет и ишемическая болезнь сердца составляли более 60% от общего числа смертей в популяции.

что употребление алкоголя, независимо от его количества, приводит к потере здоровья населения.

Хотя мы обнаружили некоторые защитные эффекты для ишемической болезни сердца и диабета среди женщин, эти эффекты были компенсированы, когда рассматривались общие риски для здоровья, особенно из-за сильной связи между потреблением алкоголя и риском рака, травм и инфекционных заболеваний. Эти результаты подчеркивают важность оценки того, как употребление алкоголя влияет на здоровье населения на протяжении всей жизни.

Оценка относительного бремени по квинтилям социально-демографического индекса СДИ показала, насколько различаются результаты употребления алкоголя и как общее связанное бремя связано с увеличением СДИ. Наши результаты показывают, что вредное воздействие употребления алкоголя на здоровье увеличивается на фоне роста СДИ. Учитывая, что в большинстве стран с низким и средним СДИ в настоящее время уровень контроля потребления алкоголя ниже, чем в странах с высоким СДИ, важно, чтобы лица, принимающие решения, и правительственные учреждения придерживались сильной политики по борьбе с алкоголем, чтобы предотвратить потенциальный рост потребления алкоголя в будущем. **Эффективная политика теперь может принести значительную пользу для здоровья населения на долгие годы.**

Наши результаты указывают на необходимость пересмотра политики контроля над алкоголем и программ в области здравоохранения, а также рассмотрения рекомендаций в отношении воздержания. Что касается сокращения употребления алкоголя населением, то ВОЗ предлагает набор оптимальных вариантов политики, которые обеспечивают индивидуальный год здоровой жизни при затратах, меньших, чем средний индивидуальный доход²⁹. Правительствам следует рассмотреть

вопрос о том, каким образом эти рекомендации могут осуществляться в рамках их местных условий и более широких политических платформ, включая акцизы на алкоголь, контроль за физической доступностью алкоголя и часами его продажи, и контроль за рекламой алкоголя. Любые из этих мер политики будут способствовать сокращению потребления алкоголя населением – важный шаг на пути к снижению потерь здоровья, связанных с употреблением алкоголя.

Неспособность устранить вред от употребления алкоголя, особенно при высоких уровнях потребления, может иметь тяжелые последствия для здоровья населения. **Кризис смертности в России является ярким примером того, как употребление алкоголя стало основной причиной роста смертности с 1980-х годов и привело к 75% смертей среди мужчин в возрасте 15-55 лет**³⁰. Нынешние глобальные тенденции, а именно старение населения, свидетельствуют о том, что бремя, связанное с алкоголем, растет из-за отсутствия политики, особенно с учетом того, что многие виды рака непропорционально сильно затрагивают пожилых людей. Таким образом, страны с низким и средним уровнем СДИ могли бы извлечь пользу из сегодняшних политических действий, направленных на то, чтобы снизить потребление алкоголя и предотвратить большую потерю здоровья в будущем. В районах с высоким и средним уровнем СДИ необходимо рассмотреть более жесткие меры по сокращению потребления алкоголя, такие, как рекомендованные ВОЗ, в целях сокращения потребления на уровне населения.

Наши результаты должны быть интерпретированы в контексте ограничений исследования. Во-первых, наши оценки потребления могут не в полной мере охватывать незаконное производство или неучтенное потребление с учетом использования нами данных о продажах. Мы стремились скорректировать потребление за пределы данных о продажах, но, учитывая неоднородность этих оценок, вероятно, необходимы дополнительные методологические уточнения для улучшения количественной оценки неучтенного потребления. Во-вторых, модели потребления алкоголя в течение года считаются последовательными; тем не менее, проведенная в прошлом работа показывает, что именно модели употребления алкоголя, а не средние уровни потребления, такие как стандартные ежедневные напитки, могут быть связаны с различными уровнями риска и вреда. К сожалению, требования к данным для оценки таких моделей употребления алкоголя с учётом возраста, пола и страны намного превышают имеющиеся в настоящее время данные. Например, в нескольких перспективных исследованиях дается количественная оценка воздействия моделей употребления алкоголя и средних уровней потребления в тандеме, что является требованием для правильной оценки риска алкогольных последствий. В-третьих, данные, используемые для оценки вреда, причиненного другим от употребления алкоголя, были доступны только для США (т. е. данные системы отчётности по анализу смертности (СОАС)). Хотя маловероятно, что закономерности, наблюдаемые в СОАС США, слишком отличаются от других стран (приложение 1, с. 141-144), это предположение должно быть проверено.

В-четвертых, мы не смогли найти достоверные данные о вреде, причиняемом другим от межличностного насилия, которое может привести к потере здоровья. Необходимы более ретроспективные исследования для оценки вреда, причиненного другим из-за употребления алкоголя³⁰. В-пятых, потребление для групп населения младше 15 лет не оценивалось из-за недостаточности данных об употреблении алкоголя в этих возрастных группах. В отсутствие таких данных потенциальные подходы к решению этой проблемы, такие как предположение о характере потребления в старших возрастных группах или попытка экстраполировать прошлые уровни потребления алкоголя, могут привести к дополнительным предубеждениям или ошибкам. Необходимо провести дополнительные исследования по проблемам употребления алкоголя молодыми людьми и связанного с этим риска, чтобы оценить бремя, связанное с алкоголем, для этой возрастной группы. Наконец, мы стремились количественно оценить риск употребления алкоголя только для результатов с доказательствами, отвечающими критериям для сравнительного подхода к оценке риска исследований базы данных человеческого генома (БДЧГ). Однако есть и другие заболевания, такие как деменция и псориаз, для которых накопленные данные говорят о том, что употребление алкоголя может быть фактором риска^{31,32,33}. Вместе взятые, эти ограничения предполагают, что наши результаты, вероятно, недооценивают как риски для здоровья, так и общее бремя, связанное с употреблением алкоголя.

Вывод

Употребление алкоголя является одним из ведущих факторов риска для бремени болезней во всем мире, что составляет почти 10% от общего числа смертей среди групп населения в возрасте 15-49 лет, и представляет собой серьезные последствия для будущего здоровья населения в отсутствие действенной политики сегодня. Широко распространенное мнение о пользе алкоголя для здоровья нуждается в пересмотре, особенно в связи с тем, что усовершенствованные методы и анализы по-прежнему показывают, насколько употребление алкоголя способствует глобальной смерти и инвалидности. **Наши результаты показывают, что самый безопасный уровень питья – это ноль.** Этот уровень находится в конфликте с большинством директив здоровья, которые связывают улучшение здоровья и продолжительности жизни с употреблением до 2 доз в день. Употребление алкоголя способствует потере здоровья от многих причин и влияет на продолжительность жизни, особенно среди мужчин. **Самой эффективной политикой снижения потерь для здоровья будет политика, направленная на сокращение потребления алкоголя на уровне населения.**

Сотрудники по алкоголю GBD 2016:

Идет перечень из порядка шестисот имен.

Присоединения (видимо, присоединившиеся или сотрудничающие):

Перечень из 1500-1700 наименований организаций и имен экспертов.

Составители:

Здесь порядка 20 наименований организаций и имен.

Декларация интересов

Порядка 60 наименований.

Подтверждения

Исследование, о котором сообщалось в этой публикации, было поддержано Национальным Институтом по проблемам старения национальных институтов здравоохранения под номером премии P30AG047845. Содержание является исключительно ответственностью авторов и не обязательно отражает официальные взгляды национальных институтов здравоохранения. Сайед Мохамед Альджунид благодарит Международный центр по Касемиксу и клиническому Кодированию, медицинский факультет, Национальный университет Малайзии и Департамент политики и управления в области здравоохранения, факультет общественного здравоохранения, Кувейтский Университет за одобрение и поддержку для участия в этом исследовательском проекте. Ashish Awasthi признает поддержку финансирования со стороны Департамента науки и техники, Правительства Индии через INSPIRE схему факультета. Тамбе Бетран Аюк признает Институт медицинских исследований и исследований лекарственных растений для институциональной поддержки. Peter Azzopardi получает поддержку от Nhmrc. Alaa Badawi поддерживает агентство общественного здравоохранения Канады. Шахрзад Базарган-Хеджази получил поддержку Национального центра развития Трансляционной науки (NCATS) UCLA CTSI Grant Number UL1TR001881. Juan J Carrero признает поддержку шведского Фонда сердца и легких. Феликс Карвалью признает поддержку Европейского Союза (FEDER funds POCI/01/0145/FEDER / 007728 и POCI/01/0145/FEDER / 007265) и национальные фонды (FCT/MEC, Fundação para A Ciência e A Tecnologia и Ministério da Educação e Ciência) в рамках соглашений о партнерстве PT2020 UID/MULTI/04378/2013 и PT2020 UID/QUI/50006/2013. Sheng-Chia Chung поддержано Стипендией ученого здоровья населения MRC (MR / m015084 / 1). Жозе даш Невешу была оказана поддержка в его вкладе в эту работу со стороны Стипендиата Fundação para A Ciência e A Tecnologia, Portugal (SFRH/BPD/92934/2013). Ян-Вальтер де Неве был поддержан Фондом Александра фон Гумбольдта. Луиза Дегенхардт получает поддержку от австралийского Национального совета по здравоохранению и медицинским исследованиям (IDs: 1041472, 1135991); Национальный центр по исследованию наркотиков и алкоголя в университете нового Южного Уэльса получает поддержку от правительства Австралии в рамках Грантового Фонда по профилактике и улучшению обслуживания наркомании. Yuming Guo был поддержан Стипендией развития карьеры австралийского Национального совета по здравоохранению и медицинским исследованиям (#APP1107107). Правин Хугар хотел бы отметить факультет антропологии, Карнатаский Университет, Дхарвад и Трансдисциплинарный Центр качественных методов, школу общественного здравоохранения Прасанни, Академию высшего образования «Манипал». Shariful Islam финансируется старшим

Стипендиатом из Института физической активности и питания (IPAN), Deakin University и получил гранты на переход к карьере от Совета по исследованию высокого кровяного давления Австралии. Михайло Яковлевич хотел бы отметить, что Юго-Восточная Европейская часть этого взноса на финансирование ГБР финансировалась совместно с Грантом Министерства образования Сербии на науку и технологическое развитие OI 175 014. Шриниваса Виттал Катикиредди признает финансирование со стороны Nhs Research Шотландии старший клинической стипендии (SCAF/15/02), Совет медицинских исследований (MC_UU_12017/13 и MC_UU_12017/15), и Шотландское правительство Главного управления ученого (SPHSU13 и SPHSU15). Работа Ai Koyanagi поддерживается контрактом Miguel Servet, финансируемым проектами CP13/00150 и PI15/00862, интегрированным в Национальный R + D + I и финансируемым ISCIII - General Branch Evaluation and Promotion of Health Research - и Европейским Фондом регионального развития (ERDF-FEDER). Kewal Krishan поддержан Грантом Кошелька DST и центром углубленного изучения UGC (CAS), присужденным Отделу антропологии, Университет Panjab, Чандигарх, Индия. Чайная Лаллукка поддерживается Академией Финляндии (гранты № 287488 и № 294096). Мириам Леви признает институциональную поддержку, полученную от CeRIMP, регионального центра профессиональных заболеваний и травм, местного отделения здравоохранения Тосканского центра, Флоренция, Италия. Andrea Lobato-Cordero acknowledges the Instituto Nacional de Eficiencia Energética y Energías Renovables (INER), Ecuador. Игил Мачадо признает Бразильский Национальный совет по научно-техническому развитию (CNPq) для стипендии после док. Azeem Majeed признает поддержку Imperial College London от NW London NihR Collaboration за лидерство в области прикладных медицинских исследований и ухода. Toni Meier признает финансирование от федерального Министерства образования и исследований Германии (nutriCARD, Грантовый договор № 01EA1411C). Вальтер Мендоса-программный аналитик по вопросам народонаселения и развития в Перу, Страновое отделение Фонда Организации Объединенных Наций в области народонаселения-ЮНФПА, которое не всегда одобряет это исследование. Судан Прасад Нойпане признает Юго-Восточную часть Норвегии региональным управлением здравоохранения [Грант № 2016082]. Д-р Oladimeji является африканским научным сотрудником, принимающим участие в научно-исследовательском Совете по гуманитарным наукам (HSRC), Южная Африка, а также имеет почетные связи с университетом Вальтер Сисулу (WSU), Восточной Капской, Южной Африкой и школой общественного здравоохранения, Намибийский Университет (UNAM), Намибия. Mayowa Owolabi поддержано ГРАНТОМ сирены (U54 hg007479) для исследования факторов риска хода (включая спирт). Чарльз Парри отмечает институциональную поддержку со стороны южноафриканского Совета медицинских исследований. Мария Долорес Санчес-Ниньо финансировалась Институтом Салуда Карлоса III (Miguel Servet CP14 / 00133). Родриго Сармьенто-Суарес получает институциональ-

ную поддержку от университета Ciencias Aplicadas у Ambientales UDCA, Богота, Колумбия. Мете Сайлан является сотрудником Bayer AG. Алетта Шутте была поддержана Южноафриканским Советом медицинских исследований и национальным исследовательским Фондом (SARChI Research Chair). Азиз Шейх поддерживается Farr Institute and Health Data Research UK. Надин Штеклинг признает финансирование из седьмой программы Европейского Союза по исследованиям, технологическому развитию и демонстрации в соответствии с соглашением о грантах №. 603946 (ассоциации в области здравоохранения и окружающей среды, основанные на крупных обследованиях населения, печат). Рафаэль Табарес-Сейседос был частично поддержан грантовым номером PROMETEOII / 2015 / 021 от Генералитета Валенсианы и национальным грантом PI17/00719 от ISCIII-FEDER. Stefanos Tyrovolas был поддержан Фондом образования и европейской культуры (IPEP), Сара Боррелл постдокторальной программы (ссылка нет. CD15 / 00019 от института Салуда Карлоса III (ISCIII—Испания) и Европейского Фонда регионального развития (FEDER). Работа ФМ Ван Бовена финансировалась кафедрой клинической фармакологии и фармакологии, университетским медицинским центром Гронингена, Университет Гронингена, Нидерланды. Харви Уайтфорд поддерживает Квинслендский Центр исследований психического здоровья в университете Квинсленда, Брисбен, Австралия.

Ссылки на литературу

1. Ezzati M., Hoorn S.V., Лопес, et al.
Сравнительная количественная оценка смертности и бремени болезней, обусловленных отдельными факторами риска.
в: Лопес объявление, Матерс К.Д., Ezzati м., Дже-мисон Д.Т., Мюррей Сиджея (ЭЦП.) *Глобальное бремя болезней и факторы риска.* Всемирный Банк, Вашингтон (DC); 2006
2. Rehm J., Комната R., Грэм К., Монтейру М., Гмель Г., Сэмпос К.Т.
Отношение среднего объема потребления алкоголя и моделей употребления алкоголя к бремени болезней: обзор.
Наркомания 2003; **98**: 1209-1228
3. Rehm J., Комната R., Монтейру М., et al.
Алкоголь как фактор риска глобального бремени болезней.
Евро Наркоман Рез. 2003; **9**: 157-164
4. RONKSLEY P.E., Brien S.E., Turner B.J., Мукамал кДж., Гали В.А.
Ассоциация потребления алкоголя с отдельными исходами сердечно-сосудистых заболеваний: систематический обзор и Мета-анализ.
BMJ. 2011; **342**: d671
5. Де Кастельнуово А., Costanzo S., Bagnardi V., Донати М.Б. Iacoviello L., de Gaetano G.
Дозирование алкоголя и общая смертность у мужчин и женщин: обновленный Мета-анализ 34 проспективных исследований.
Arch Intern Med. 2006; **166**: 2437-2445
6. Ховард А.А., Arnsten J.H., Гуревич М.Н.
Влияние употребления алкоголя на сахарный

диабет: систематический обзор.

- Ann Intern Med.* 2004; **140**: 211
7. Холмс М.В., Dale C.E., Zuccolo L., et al.
Связь между алкоголем и сердечно-сосудистыми заболеваниями: Анализ рандомизации Менделя на основе индивидуальных данных участников.
BMJ. 2014; **349**: g4164
8. Fillmore K.M., Туалет Kerr, ST Twell T., Чикриц Т., Бостром А.
Умеренное употребление алкоголя и снижение риска смертности: систематическая ошибка в проспективных исследованиях.
Теория Наркоманов. 2006; **14**: 101-132
9. Наими, Коричневый D.W., Brewer R.D., et al.
Сердечно-сосудистые факторы риска и смешивания среди nondrinking и умеренных пить взрослых США.
Am J Prev Med. 2005; **28**: 369-373
10. Чикриц Т., ST Twell T., Наими Т., Andreasson S., Дангардт Ф., Лян В.
Падающая башня предполагаемых льгот по здоровью от «вмеру» пользы спирта окончательно рухнула?.
Наркомания. 2015; **110**: 726-727
11. Forouzanfar M.H., Александр Л., Anderson H.R., et al.
Глобальная, региональная и национальная Сравнительная оценка риска 79 поведенческих, экологических и профессиональных и метаболических рисков или кластеров рисков в 188 странах, 1990-2013 гг.: систематический анализ глобального исследования бремени болезней 2013 г.
Ланцет. 2015; **386**: 2287-2323
12. С.С. Лим, Vos T., Flaxman A.D., et al.
Сравнительная оценка риска бремени болезней и травм, связанных с 67 факторами риска и кластерами факторов риска в 21 регионе, 1990-2010 годы: систематический анализ для глобального исследования бремени болезней 2010.
Ланцет. 2012; **380**: 2224-2260
13. КОТОРЫЙ
Глобальный доклад о состоянии алкоголя и здоровья за 2014 год.
Всемирная Организация Здравоохранения, Женева; 2014
14. Knott C.S., Coombs N., Stamatakis E., BIDDULPH J.P.
Все причины смертности и случай для возраста конкретных руководящих принципов потребления алкоголя: объединенные анализы до 10 популяций на основе когорт.
BMJ. 2015; **350**: h384
15. Fekjaer H.O.
Алкоголь-универсальное профилактическое средство? Критический анализ.
Наркомания. 2013; **108**: 2051-2057
16. Бриттон А., Bell S.
Защитные эффекты умеренного пьянства: ложь, проклятая ложь и ... предвзятость в выборе?.
Наркомания. 2017; **112**: 218-219
17. Наими S.T., Twell T., Чжао Дж, et al.
Селекционные предубеждения в наблюдательных исследованиях влияют на ассоциации между

«умеренным» потреблением алкоголя и смертностью.

Наркомания. 2017; **112**: 207-214

18. Rehm J., Кехо Т., Гмель Г., Стинсон Ф., Грант В., Гмель Г.

Статистическое моделирование объема воздействия алкоголя для эпидемиологических исследований здоровья населения: пример США.

Попул Здоровья Metr. 2010; **8**: 3

19. Нельсон Д.Е., Наими, Brewer R.D. Roeber J.

Продажи алкоголя в США по сравнению с данными исследования, 1993-2006.

Наркомания. 2010; **105**: 1589-1596

20. Гакиду Е., Афшин А., Абаджобир А.А., et al.

Глобальная, региональная и национальная Сравнительная оценка риска 84 поведенческих, экологических и профессиональных и метаболических рисков или кластеров рисков, 1990-2016: систематический анализ для глобального исследования бремени болезней 2016.

Ланцет. 2017; **390**: 1345-1422

21. Stevens G.A., Алкема Л., Черный R.E., et al.

Руководство по составлению точных и прозрачных оценок состояния здоровья: заявление о сборе данных.

Ланцет. 2016; **388**: E19, по-E23

22. Hill A.B.

Окружающая среда и болезни: ассоциация или причинно-следственная связь?

Proc R Soc Med. 1965; **58**: 295-300

23. Координаторы ресурсов НКБИ

База данных ресурсов Национального центра биотехнологической информации.

Нуклеиновые Кислоты Рез. 2013; **41**: Д8-Д20

24. Degenhardt L., Уайтфорд, Ferrari A.J., Бакстер А., Charlson F.J., Зал W.

Глобальное бремя болезней, связанных с незаконным употреблением наркотиков и зависимостью: результаты глобального исследования бремени болезней 2010 г.

Ланцет. 2013; **382**: 1564-1574

25. Институт показателей и оценки здоровья

Глобальный Индекс социально-демографического индекса (SDI) за 2015 год (GBD 2015).

<http://ghdx.healthdata.org/record/global-burden-disease-study-2015-gbd-2015-socio-demographic-index-sdi-1980%E2%80%932015>

Дата: 1980-2015

Дата обращения: 16 мая 2018

26. Гмель Г., Gutjahr E., Rehm J.

Насколько стабильна кривая риска между алкоголем и смертностью по всем причинам и какие факторы влияют на форму? Взвешенный по точности иерархический Мета-анализ.

EUR J Эпидемиол. 2003; **18**: 631-642

27. Holman C.D., Английский D.R., Милн Э., M.G. Зимы

Мета-анализ смертности от алкоголя и всех причин: подтверждение рекомендаций NHMRC.

Med J Aust. 1996; **164**: 141-145

28. ST Twell T., Чжао Дж., Панвар S., Риммер А., Наими Т., Чикриц Т.

«Умеренные» пьющие уменьшили риск смертности? Систематический обзор и Мета-анализ потребления алкоголя и смертности от всех причин.

J Стад Алкогольных Наркотиков. 2016; **77**: 185-198

29. КОТОРЫЙ

Борьба с низ: «лучшие покупки» и другие рекомендуемые мероприятия по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними.

Всемирная Организация Здравоохранения, Женеве; 2017

30. Karriker-Jaffe K.J., Комната R., Giesbrecht N., Гринфилд Т.З.

Вред от алкоголя для других: возможности и проблемы в рамках общественного здравоохранения.

J Стад Алкогольных Наркотиков. 2018; **79**: 239-243

31. Holst C., Tolstrup J.S., Sørensen H.J., Becker U.

Алкогольная зависимость и риск соматических заболеваний и смертности: когортное исследование у 19 002 мужчин и женщин, посещающих лечение алкоголем.

Наркомания. 2017; **112**: 1358-1366

32. Topiwala A., Ebmeier K.P.

Воздействие питья на мозг и познание в конце жизни.

Evid-Основанное Здоровье Ment. 2018; **21**: 12-15

33. Поллок Б.Г., Хасан ОСМ, Дюфуил С., Rehm J.

для исследовательской группы QalyDays

Вклад расстройств, связанных с употреблением алкоголя, в бремя деменции во Франции в 2008-2013 гг.: общенациональное ретроспективное когортное исследование.

Ланцет Общественного Здравоохранения. 2018; 3: E124-e132

[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)31310-2/fulltext#%20](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)31310-2/fulltext#%20)

Эта интернет-публикация была исправлена.

Исправленная версия впервые появилась на thelancet.com 27 сентября 2018 года

Сокращения, использованные в публикации

GHDx – база данных Глобального здоровья.

PubMed – база данных Общественной медицины.

ТМУР – теоретический минимальный уровень риска.

СОАС – система отчетности по анализу смертности.

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ФОРУМ ТРЕЗВОСТИ В СОЧИ

С 6 по 16 октября 2018 года в пансионате «Весна» (Сочи) состоялся XXVII Международный форум трезвости по теме: «Формирование трезвого здорового образа жизни среди подрастающего поколения». В работе форума приняли участие представители России, Украины, Беларуси, Молдовы, Казахстана, Литвы, Финляндии, Луганской Народной Республики и других государств. Всего в работе форума участвовало 85 специалистов занимающихся профилактической, предупредительной и избавительной работой.

На Международном форуме были представлены доклады: «Теория и практика активного долголетия» (академик В.А. Толкачев, Минск); «Путь соратников к долголетию методом Г.А. Шичко» (профессор В.В. Куркин, Краснодарский край); «История трезвости» (профессор В.И. Мелехин, Екатеринбург); «Государственная политика в области отрезвления» (Н.А. Королькова, Саратовская область); «Угловские чтения – эффективный метод формирования трезвого здорового образа жизни» (профессор К.Г. Башарин, Якутск); «Воспитание трезвости в семье» (академик И.Н. Афонин, Вологодская область); «Интернет пространство как инструмент повышения грамотности в области здоровья: опыт США» (профессор Н.А. Гринченко, Елец Липецкой области); «Опыт провозглашения 2008 года – Годом трезвости в Литве, его проведение и результаты» (профессор Т.М. Щурина, Вильнюс, Литва); «Паломничество по Афону» (член-корр. П.И. Губочкин, Ярославль) и другие.

В рамках Форума, с 9 по 14 октября, проводился основной и единый для всех, бесплатный мастер-класс «Основы собриологии». Проводили его: профессор Валерий Иванович Мелехин, лидер Партии сухого закона России; Наталья Александровна Королькова, руководитель Саратовской областной организации трезвости и здоровья; профессор Наталья Александровна Гринченко, доцент Елецкого государственного университета; академик Игорь Николаевич Афонин,

вице-президент Международной академии трезвости; академик Валентин Андреевич Толкачев, председатель Общебелорусского объединения «Трезвенность-Оптималист»; профессор Владимир Вальтерович Куркин, председатель Общероссийского общественного объединения «Оптималист», профессор Александр Николаевич Маюров, президент Международной академии трезвости.

На форуме традиционно проводились и специальные обучающие интерактивные занятия (мастер-классы). Всего было работало 16 интерактивных площадок различных направлений деятельности Трезвеннического движения России.

Круглый стол по взаимодействию с профсоюзами в трезвеннической работе провел профессор Н.К. Пирожков, «О работе в области отрезвления по методу Г.А. Шичко» – профессор Н.В. Январский. Он же провел совещание по обмену опытом работе по теме: «Как работать в школе по пропаганде трезвости» и собрание. Профессор В.В. Куркин подвел итоги по Десанту здравосозидания, проведенному силами членов МАТр в учебных заведениях г. Сочи, где были прочитаны лекции, проведены беседы и дискуссии с учащимися школ и студентами Сочинского государственного университета.

Кроме традиционных рекомендаций форума по улучшению трезвеннической деятельности в странах-участницах, был рассмотрен ход выполнения Программы скоординированных действий трезвеннических организаций и движений на 2017-2022 годы.

Следующий XXVIII Международный форум трезвости было решено провести в Сочи с 6 по 16 октября 2019 года* и посвятить его знаменательному событию – 100-летию Ленинского сухого закона.

А.Н. Маюров,
президент Международной академии трезвости

**Решением Объединенного съезда СБНТ и Объединения «Оптималист» рекомендовалось: «Руководству Международной академии трезвости перенести сроки проведения ежегодного форума, приблизив их к срокам проведения Черноморского слета Трезвых сил России со смещением в 5-7 дней, обеспечив тем участие большего количества специалистов трезвеннического движения в обоих мероприятиях. Рассмотреть также возможность проведения форума в г. Анапе на имеющей возможность и желание принять его базе». По сообщению президента МАТр перенести сроки проведения Форумы в Сочи не было возможности у принимающей стороны. О том, что есть возможность перенести проведение Форума на базу в Анапе с не менее комфортными условиями, чем в пансионате «Весна» Президиуму МАТр, присутствующими на Форуме участниками Объединенного съезда не было доложено, а из Решения это явно не видно, потому вопрос переноса Форума в Анапу не рассматривался. Потому, считаю, что Президиуму МАТр нужно вернуться к этому вопросу, подробнее узнав условия проведения форума на базе в Анапе, тем более, что сейчас появилось предложение и сроки проведения Черноморского слета Трезвых сил России сместить от Всероссийского дня трезвости на несколько дней позже. Так, если Черноморский слет проводить с 15 сентября, а Форум МАТр с 20-го, как это было ранее в Севастополе, то было бы идеальное сочетание этих мероприятий.*

Г.И. Тарханов,
первый зам председателя СБНТ

Рекомендации XXVII Международного форума по собриологии «Формирование трезвого здорового образа жизни среди подрастающего поколения»

г. Сочи

15 октября 2018 года

По данным ООН каждые 10 секунд из-за спиртного погибает житель планеты. Во всем мире, алкоголь является ведущим фактором риска преждевременной смерти и инвалидности среди людей в возрасте от 15 до 49 лет. От алкоголя, табака и других интоксикантов страдают наши семьи, трудовые и учебные коллективы, поселки, деревни и города, наши страны и человеческая цивилизация в целом. От легальных и нелегальных наркотиков подрывается наша экономика, страдает производительность труда, извращаются нравственные устои, падает человеческий дух, активно сдерживается прогресс цивилизаций. Все эти печали подогреваются алкогольной и табачной промышленностью, безнравственными бизнесменами и извращенными политиками.

Один из четырех несчастных случаев со смертельным исходом в ЕС, связаны с потреблением алкоголя. Ежегодно почти 31 000 европейцев гибнут на дорогах, из которых 25% смертей обычно связаны с алкоголем. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), причина каждой пятой смерти в России и странах СНГ, так или иначе, связана с употреблением алкоголя. Одним из основных факторов демографического кризиса, угрожающего народам наших государств, в первую очередь Российской Федерации, Украины, Белоруссии Казахстана, Молдовы и Литвы является катастрофическое потребление алкоголя. Алкогольные проблемы принимают масштабы гуманитарной катастрофы, приводят к высокому уровню смертности, самоубийствам, заболеваемости, травматизму и преступности. Потребление алкоголя, табака и других наркотиков является одной из причин разрушения традиционного уклада жизни, глубокого кризиса института семьи, увеличения числа разводов и брошенных детей, снижения уровня нравственности и культуры, утраты уважения к труду, росту экономических потерь.

По экспертным оценкам движения «Трезвая Россия» по самым скромным подсчетам экономические потери общества и государства в 2017 году, в результате потребления всех интоксикантов в России, составили 3,6 триллиона рублей, что равно 3,8% от ВВП Российской Федерации. За 25 лет в России похоронено около 40000000 (сорока миллионов) мужчин трудоспособного возраста, что превышает количество населения, проживающего в азиатской части России. Можно предполагать, что неведомой силой произведено уникальное социально-демографическое сокращение человечества, приведшее к гуманитарной катастрофе невиданных масштабов, в результате чего в стране почти не осталось мужчин старшего и среднего поколения. Более того, теперь чаще хоронят молодёжь и подростков, причиной смерти которых становится тот же алкоголь, другие наркотики и синтетические смеси.

В то же время, меры по борьбе с курением заставили (реализованные в рамках Рамочной конвенции по контролю за распространением табака), примерно, 53 миллионов человек в мире отказаться от табака и спасли жизни, примерно, 22 миллионам человек. Для реализации ее положений за минувшие восемь лет в авангарде массового антикурительного движения стали три страны с большой долей курильщиков и численно-

стью населения – Россия, Бангладеш и Вьетнам. К примеру, законы о запрете курения, введенные в этих трех странах, спасли жизни более 5,4 миллион человек, а запрет на рекламу сигарет спас еще 3,8 миллиона человек. Как предполагают ученые, подобные меры, реализованные в рамках международных сообществ, могут спасти еще больше людей, около 140 миллионов человек. Для этого в борьбу с курением должны включиться три других многонаселенных государства – Китай, Индия и Индонезия. В ближайшее время, по прогнозам медиков, к уровню России, Бангладеш и Вьетнама смогут подтянуться Бразилия, Панама и Турция, которые недавно реализовали все рекомендации ВОЗ по табаку.

Трезвость – это стратегия и практика справедливой, праведной жизни, состояние устойчивого развития человека, семьи, общества и государства. Нашим странам необходимо взять курс на трезвость, утверждая и развивая трезвеннические идеи, как национальный ориентир желаемого образа жизни и поведенческой модели современных цивилизаций, понимая, что будущее принадлежит трезвым нациям. Мы, участники XXVII Международного форума по собриологии, профилактике, социальной педагогике и алкологии «Формирование трезвого здорового образа жизни среди подрастающего поколения», учитывая решения Второго съезда трезвых сил Сибири (Красноярск, 19 мая 2018 г.), Всероссийской научно-практической конференции «Пути и условия совершенствования системы профилактики зависимых форм поведения в образовательной среде» (Москва, 31 мая 2018 г.) и Межрегиональной конференции «Трезвые родители – счастливые дети» (Чебоксары, 31 мая - 1 июня 2018 г.), выработали совместные рекомендации.

В частности, **исполнительной власти стран-участниц Международного форума рекомендовано:**

1. Отменить решения, направленные на расширение доступности алкоголя, на возврат его рекламы в СМИ, на пропаганду так называемого «культурного питания», ведущую к вовлечению молодежи в потребление алкоголя и несомненному росту его потребления в обществе.

2. Исключить алкоголь в любом его виде из государственных протоколов при проведении любых мероприятий, приёмов и встреч делегаций.

3. В странах-участницах Международного форума учредить властные структуры (сверху донизу), призванные вести антиалкогольную работу и всю трезвенническую пропаганду. Создать при них общественные советы по отрезвлению своих территорий, включив в него отделы по анализу алкоголизации населения регионов и её последствий; отделы по контролю за выполнением антиалкогольного законодательства, программ и концепций, направленных на оздоровление жителей стран-участниц форума; отделы по утверждению трезвости;

4. Ввести в программы обучения всех уровней «уроки трезвости» («уроки культуры здоровья», научную дисциплину «собриология» и т.п.), формирующие у детей и молодежи трезвеннические убеждения по уже разработанным трезвенническим движением и апробированным в ряде стран и регионов учебникам, учебным и методическим пособиям.

5. Использовать в медицинской, психологической и социальной практике наиболее эффективные, передовые мировые методы и методики по избавлению от зависимостей: Шичко, Зайцева, Орлова, Гринченко, Худолкина, Карпова и другие.

6. Для повышения заинтересованности медицинских, психологических, социальных и педагогических работников в укреплении трезвого, здорового образа жизни установить существенные надбавки к зарплате специалистов в регионах, где снижается смертность и увеличивается рождаемость.

7. Правительству России и администрациям регионов для безусловного выполнения Указа Президента РФ («О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года») обеспечить приоритетное финансирование НКО, а также государственных и муниципальных структур, занимающихся формированием трезвого мировоззрения. Руководству других стран использовать в этом вопросе передовой опыт России.

8. Правительствам стран-участниц форума при оценке эффективности деятельности руководителей органов местного самоуправления, внести показатели социального благополучия, здоровья, рождаемости, смертности и продолжительности жизни, а также степень отрезвления региона (по уровню потребления алкогольных, табачных изделий и работе с населением антиалкогольной, противокурительной, антинаркотической направленности).

9. Провести исследования на присутствие в табачных изделиях радиоактивных веществ, при подтверждении этого - признать табачные изделия радиоактивными и распространить на них требования обязательной сертификации на наличие радиоактивных веществ.

10. Внести изменения и дополнения в Концепцию профилактики использования любых интоксикантов в образовательной среде - в части, касающейся развития антиалкогольного, антитабачного, антинаркотического добровольческого (волонтерского) движения учащейся молодежи.

11. Осудить получение денежной прибыли за счёт спаивания коренных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока.

12. Выдвигать трезвую молодежь в качестве первых лиц регионов, руководителей министерств и ведомств, глав муниципалитетов, департаментов и агентств, руководителей производственных подразделений.

13. Представителям Президента России по Федеральным округам вместе с главами регионов создать Межрегиональные научно-методические советы по отрезвлению Федеральных округов России. Подобную практику применить и в других странах-участницах Форума.

15. Рекомендовать Президенту России В.В. Путину публично заявить о принятии для себя полного и осознанного отказа от употребления алкогольных изделий на весь период исполнения обязанностей Президента России и Главнокомандующего Вооруженными силами Российской Федерации, держателя «ядерного чемоданчика». Предложить подобные инициативы и другим руководителям стран мира.

16. Настоятельно рекомендовать Президенту РФ В.В. Путину срочно внести поправку в п.3 майского Указа «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года», ошибочно устанавливающий Правительству задание «обеспечить... увеличение суммарного коэффициента рождаемости до 1,7», который в принципе не может

обеспечить выполнение цели, обозначенной в этом Указе, - «обеспечение устойчивого естественного роста численности населения Российской Федерации», а закладывает плановое сокращение (уничтожение) населения России: заменить "1,7" на коэффициент простого воспроизводства населения 2,2, что вполне можно обеспечить, прекратив алкогольно-табачно-наркотический геноцид народов России.

Законодательной власти стран-участниц форума рекомендовано:

1. Принять законы и решения:

- о повышении возраста приобретения любого алкоголя с 18 лет до 21 года;

- о переводе продажи алкогольных и табачных изделий в специализированные магазины с максимальным удалением их от детских, образовательных, спортивных, культурных, духовных объектов, мест массового скопления людей (скверы, парки, вокзалы, аэропорты и др.), вплоть до выноса их за территорию населенных пунктов;

- о постоянном увеличении стоимости всех алкогольных и табачных изделий, чтобы они были недоступны для детей и молодежи;

- о предоставлении муниципальным и любым местным органам власти права на введение ограничений по месту и времени продажи алкогольных и табачных изделий вплоть до полного их запрета на подведомственных территориях;

- об усилении уголовной ответственности за незаконное производство и продажу любого алкоголя, за спаивание несовершеннолетних;

- о создании на федеральном, региональных и местных уровнях общественно-государственных советов по контролю за выполнением антиалкогольных и противокурительных решений;

- о полном и повсеместном запрете любой рекламы алкоголя и табака, а также - пропаганды их употребления;

- о постоянном ограничении торговли любым алкоголем и табаком по времени и месту, вводя трезвые выходные, трезвые праздничные дни, другие трезвые периоды и территории, постепенно их увеличивая;

- о запрете производства, продажи и курения различных вейпов, кальянов, электронных сигарет наравне с традиционными табачными изделиями;

- о запрете изготовления и продажи самогонных аппаратов;

- для стимулирования ведения трезвого, здорового образа жизни и отказа от вредных привычек ввести повышающий коэффициент обязательного медицинского страхования для употребляющих алкоголь и курящих (соответственно - понижающий коэффициент для ведущих трезвый, здоровый образ жизни);

- обязать телекомпании и кинопрокат убрать из художественных фильмов и телепередач сцены употребления алкоголя, табака или иных наркотических средств, считая это умышленной информационной агрессией против зрителей; в кодексы наших стран включить статьи об административной ответственности - вплоть до лишения телекомпаний и кинопроката лицензий за нарушение этой обязанности; штрафовать авторов, издателей, производителей информационной продукции, где присутствуют сцены с употреблением алкоголя, курением, а поступившие от штрафов средства направлять в специальные профилактические фонды развития трезвеннических некоммерческих организаций; по ТВ в прайм-тайм демонстрировать видеоролики и фильмы антиалкогольного, противокурительного содержания из

цикла «Общее дело» и «Научи хорошему»;

- поддержать инициативу СФ РФ о внесении изменений в законодательные акты РФ, о повышении ответственности за пропаганду и рекламу наркотических средств и психотропных веществ в СМИ. Рекомендовать подобные вопросы проработать законодательным органам и других стран-участниц Международного форума;

- привести терминологию и определения в ГОСТах и других нормативных документах в алкогольной и табачной сфере стран-участниц форума в соответствие с научным определением алкоголя и табака, как ядовитых, обладающих наркотическим действием веществ;

- законодательной власти стран в законотворческой деятельности сменить вектор с алкогольной политики на противоалкогольную, трезвую направленность;

- законодательной власти стран-участниц форума принять законы, направленные на охрану трезвого здорового образа жизни детей, подростков, молодежи и взрослых;

- поддержать на местах инициативу депутатов Государственной Думы России о концентрации розничной реализации алкогольных изделий, включая пиво, вино, водку и прочее, в специализированных торговых точках, вынесенных за черту населённых пунктов;

- поддержать инициативу парламентариев Российской Федерации о законодательном запрете присутствия на территории РФ иностранных компаний, производящих алкогольные и табачные изделия.

Рекомендовать общественности стран-участниц Международного форума:

1. Поддерживать инициативу Ассоциации по улучшению состояния здоровья и качества жизни населения «Здоровые города, районы и посёлки» совместно с МГТУ имени Н.Э. Баумана по проведению Открытых конкурсов студенческих работ в сфере пропаганды здорового образа жизни «Будь здоров» и среди организаций высшего образования «Здоровый университет»; проведение в сети «Интернет» он-лайн вебинаров для лидеров антиалкогольных, антитабачных, антинаркотических, трезвеннических и других здравосозидательных организаций, подготовку из числа лидеров добровольческих организаций инструкторов трезвого, здорового образа жизни;

2. Рекомендовать главам поселений и общественности в населённых пунктах максимально ограничить доступность алкогольных изделий, используя опыт Чечни, Дагестана, Кабардино-Балкарии, Ингушетии, республик Саха (Якутия), Бурятии, Тывы, Тюменской области и других регионов.

3. Общественности и местному депутатскому корпусу, каждому жителю стран-участниц форума обратить внимание на масштабы алкогольной смертности в своих странах и регионах, совместно с органами государственной власти, религиозными институтами, гражданским обществом, бизнесом начать менять вектор социально-экономического развития своих государств в сторону безалкогольных территорий.

4. Методично и целенаправленно менять установку: от так называемого «культурного» потребления спирт-

ного к трезвой жизни. Для этой цели использовать СМИ, институты коммуникации, культуры, образования, здравоохранения, науки, религии, опыт общественных трезвеннических организаций.

5. В органы исполнительной, законодательной власти, ведомственные учреждения, правоохранительную систему, государственные институты культуры и образования, в СМИ привлекать для работы специалистов, ведущих трезвый образ жизни;

6. Учитывая опыт республики Саха (Якутия), Дагестана, Чечни и Ингушетии, рекомендовать главам муниципалитетов и сельских поселений, местным депутатам, общественности в населённых пунктах удалить торговые точки по реализации алкогольных изделий от производственных предприятий, социально-культурных, образовательных, спортивных, духовных объектов на расстояние более 1 километра.

7. Общественности стран-участниц форума добиваться стопроцентного вывода из жилых районов торговых точек по реализации алкогольных изделий, включая пиво, вино, водку и прочее;

8. Рекомендовать главам регионов, муниципалитетов, городов, районов и общественности шире использовать возможность реализации проектов: «Трезвое село», «Трезвое поселение», «Трезвый двор», «Трезвая улица», «Трезвый город», «Трезвый район», «Трезвый регион» и тому подобное на территории стран-участниц форума.

9. Рекомендовать трезвенническим организациям нашего Отечества изучить вопрос вступления в профсоюз «Союз ССР» и проводить там активную трезвенническую работу, что может стать новым уровнем трезвеннической деятельности в тесной связи с народом, за счастливую жизнь которого борется трезвенническое движение.

10. Общероссийскому движению «Оптималист», совместно с Союзом борьбы за народную трезвость и Международной академией трезвости провести в 2019 году (год 100-летия Ленинского сухого закона) Международный литературный конкурс и поручить профессору Январскому Н.В. разработать до 1 января 2019 года положение о конкурсе.

11. Профессору Куркину В.В. и академику Бондаренко В.А. в 2019 году открыть в Краснодаре и Сочи соответственно региональное и местное отделения Международной академии трезвости. Продолжить практику проведения Десантов здравосозидания учеными и известными практиками Международной академии трезвости в учебных и трудовых коллективах города Сочи, в период работы Международных форумов трезвости. Шире пропагандировать и освещать работу Международных форумов трезвости в Сочи, наладив при этом тесную связь с властными структурами, депутатским корпусом и средствами массовой информации региона.

12. Просить Королькову Н.А. (Саратовская областная ОО трезвости и здоровья) разработать в 2019 г. методическое пособие по созданию социально ориентированных некоммерческих организаций и поэтапного доступа к использованию ими бюджетных средств.

В рамках Форума 6 октября состоялось IV отчетно-выборное собрание Международной академии трезвости. На собрании был заслушан отчетный доклад Президиума МАТр, утверждена программа действий на ближайшие пять лет, избраны рабочие органы МАТр (Президиум, руководители проблемно-отраслевых отделений Академии и ревизионная комиссия).

Президентом МАТр вновь избран Александр Николаевич Маюров, а также 37(!) вице-президентов по направлениям деятельности Академии и главный Ученый секретарь – Горнов Павел Александрович. В состав бюро Президиума МАТр кроме А.Н. Маюрова и П.А. Горнова вошли Н.Т. Дегтярев, В.П. Кривоногов и Ю.И. Кашин.

Поджурбно с материалами Форума вы можете ознакомиться на сайте МАТр www.intacso.ru – ред..

О р у ж и е п р о т и в н а ц и и

В последнее время мы как-то забыли об этом важнейшем документе, подготовленном и направленном в высшие органы власти Ф.Г. Угловым. Сейчас, когда Европейские ученые требуют признать алкоголь наркотиком (газета «Соратник» № 7(247), стр.12, https://health.mail.ru/news/evropeyskie_ucheny_e_trebuyut_priznat_alkogol/), необходимо придать этому Обращению новый импульс. Знакомьте с ним неравнодушных людей, прежде всего, врачей, других медицинских работников. Приглашайте их поставить под Обращением свою подпись, разумеется с указанием ФИО, должности и паспортных данных. Собранные подписи направляйте в Государственную Думу, в Совет Федерации, в Правительство. По этой ссылке <https://teufelus.livejournal.com/266288.html> можно поставить подпись в электронном виде – ред.

Обращение 1700 врачей

Мы, врачи, профессора и академики медицины обращаемся к Вам с просьбой обсудить и вынести решение об официальном признании наркотиками алкоголя и табака, получивших массовое распространение в нашей стране, причинивших и причиняющих огромный вред человеку и обществу, ставящих под угрозу само существование нашего Отечества как культурного государства.

Все выдающиеся ученые как прошлого, так и настоящего, бескомпромиссно установили, что алкоголь является сильным наркотическим ядом.

А.Н.Тимофеев в книге «Нервно-психические нарушения при алкогольной интоксикации» (П., 1955 г.) пишет: «Алкоголь относится к наркотическим веществам, действующим парализующим образом на любую живую клетку..., особенно на клетки коры головного мозга... оказывает парализующее действие на высшие отделы центральной нервной системы (ЦНС), растормаживает механизмы нижележащих отделов. Этим объясняется возбужденное состояние выпившего человека, так как тормозной процесс в высших отделах уже пострадал».

В.К.Федоров, ближайший ученик И.П.Павлова, в статье «О начальном влиянии наркотиков (алкоголя и хлоралгидрата)» утверждает, что алкоголь есть наркотик, и как всякий наркотик имеет свои особенности, и лишь в деталях отличается от других наркотиков: все фазы влияния алкоголя на ЦНС растянуты... эйфория при алкоголе более отчетлива, чем и объясняется тяготение в человеческом обществе к алкоголю' («Труды физиологической лаборатории И.П.Павлова», 1949 г.).

И.Я.Введенский считает: «Алкоголь относится к наркотическим ядам и из всех тканей тела имеет наибольшее сродство с ЦНС» («О вменяемости алкоголиков», М., 1935 г.).

Н.Е.Введенский в 7-м томе ППС (Л., 1963 г.), в статье «О действии алкоголя на человека» говорит о том, что «действие алкоголя во всех содержащих его напитках (водки, ликеры, вина, пиво и т.п.) сходно с действием наркотических веществ и типичных ядов, таких, как хлороформ, эфир, опиум и т.п.».

В.Т.Кондратенко и А.Ф.Скугаревский в книге «Алкоголизм» (Минск, 1983 г.) пишут: «Основной фармакологическим действием алкоголя на ЦНС является наркотическое».

Особо опасное действие алкоголь проявляет на организм ребенка. По данным фармаколога И.Н.Кракова, у детей, не достигших десяти лет, сильный токсический эффект, то есть отравление и даже смерть наблюдается от 2-3 столовых ложек водки, что соответствует приблизительно 15 г чистого алкоголя (цитир. по Ю.Груббе: «Алкоголь, семья, потомство», 1974 г.).

В 1975 году Всемирная ассамблея здравоохранения вынесла решение: «Считать алкоголь наркотиком, подрывающим здоровье». Даже с формальной стороны признано, что алкоголь

наркотик. В Большой Советской Энциклопедии сказано дословно: что «алкоголь относится к наркотическим ядам» (т.2, стр.116). Госстандарт СССР 1982г.: «Алкоголь, этиловый спирт... Относится к сильнодействующим наркотикам» (№ 1053 ГОСТ 5964-82). Крупнейшие умы мира, такие, как Дарвин, еще в XIX столетии писали, что «зло, причиняемое потреблением алкоголя, превышает те беды, что несут человечеству чума, голод и война вместе взятые».

Несмотря на все эти научные данные, в нашей стране имеет место странный парадокс - наркотический яд свободно продается даже в гастрономических магазинах.

То же самое надо сказать и о табачном наркотике, ядовитое и наркотическое действие которого испытывают на себе повседневно миллионы людей и расплачиваются за это многими годами жизни и здоровья. Из всех наркотиков только алкоголь и табак не находятся под запретом законов, потому что они служат могущественным оружием мафии для обогащения и эксплуатации людей, для совершения многих бесчеловечных преступлений. Беды, которые эти вещества наносят человечеству, далее нетерпимы.

Алкоголь и табак разрушают здоровье миллионов людей, приводят к появлению на свет сотен тысяч и миллионов дефективных и дебильных детей; увеличивают преступность; снижают производительность труда, увеличивают брак и аварии; несут раннюю смерть и рост смертности в обществе, сокращают продолжительность жизни человека на 15-20 лет; разрушают экономику, губят экологию. Но самое сильное и губительное действие алкоголь оказывает на мозг и репродуктивные органы, что ведет к разрушению и гибели не только настоящего, но и будущего человека как разумного существа.

Установлено, что даже кружка пива вызывает структурные изменения в организме. При длительном употреблении алкоголя перерождаются и атрофируются ткани, что особенно резко и рано проявляется в мозгу... Сначала происходит атрофия больших полушарий и мозжечка, разрежение и запустение их коры в связи с гибелью корковых нейронов. (В.К.Болецкий, «Тезисы научной конференции», М., 1955г.).

Изменение структуры головного мозга возникают уже при умеренном потреблении алкоголя. Шведские ученые установили, что после 4-х лет употребления спиртных напитков имеет место сморщенный мозг, из-за гибели миллиардов клеток коры мозга. У «умеренно пьющих» сморщенный мозг обнаружен в 85% случаев» («Наука и жизнь», №10, 1985 г.).

Уже давно лучшие умы человечества требуют узаконить запрет на употребление этих наркотиков, распространив на них закон о борьбе с наркоманией. 80 лет назад 800 врачей из Англии, Германии, Австрии обратились с воззванием прекратить считать алкоголь пищевым продуктом и отнести его к наркотикам. Но тогда силы врагов трезвости были велики и врачам не удалось их благородная миссия. Ныне мы вновь поднимаем свои голоса в защиту и за спасение людей.

Мы - люди самой гуманной профессии, призванные защищать жизнь и здоровье людей, не можем далее терпеть, что в нашей стране от причин, связанных с потреблением алкоголя и табака ежегодно погибают почти полтора миллиона человек; рождается более 200 тысяч дефективных и больных детей. Здравый смысл требует решить этот вопрос логично и законно.

Почему наркотики - алкоголь и табак, по своему губительному действию не отличаются от других наркотиков, таких, как морфий, опиум, хлороформ, эфир, марихуана, а вреда приносят в десятки и сотни раз больше - до сих пор не подчинены закону о борьбе с наркоманией? Может быть, потому, что с их помощью можно погубить больше людей, потому, что они позволяют вершить темные и грязные дела менее заметно для одурманенных глаз? Не пора ли перестать следовать указаниям мафии, наживающейся на уничтожении жизни и здоровья людей, производстве и продаже спиртного и табака?! Будучи освобожденным от этих наркотических ядов, человек сможет защитить свое настоящее и будущее, будущее планеты.

Для признания алкоголя и табака наркотиками и распространения на них запрета, касающихся остальных наркотических средств, необходимо решение ООН. Но в этой организации нельзя исключить сильное влияние коммерческих и иных интересов вино-водочной промышленности, трудности его преодоления. Поэтому мы вправе решить этот вопрос внутри своей страны, как и поступил ряд арабских государств.

Учитывая, что потребление алкоголя и табака растет и получило в нашей стране распространение, не имеющее

себе равного по размаху в мире, принимая во внимание огромные нравственные, демографические, экономические и экологические потери, которые уже понес и продолжает нести наш народ и государство; учитывая, что дальнейшее отношение к алкоголю как к пищевому продукту и свободная его продажа грозит полным подрывом здоровья; жизни и будущности нации и может закончиться катастрофой в самом недалеком будущем, - мы, врачи всех специальностей, вносим предложение: признать алкоголь и табак наркотиками и распространить на них закон о защите населения от наркомании.

Письмо подписали академики медицинских наук России: Ф.Г.Углов, Санкт-Петербург, В.В.Кованов, Москва, Е.А.Вагнер. Пермь, Е.Н.Калнберз, Рига, Л. Т.Малая, Харьков, Е.И.Гонарчук, Киев, и другие;

члены-корреспонденты АМН :

Р.И.Вагнер, Санкт-Петербург, Н.С.Кисляк, Москва, Л.В.Тимошенко, Киев, Г.М.Соловьев, Москва, П.П.Коваленко, Ростов-на-Дону, и другие;

профессора и врачи :

Л.В.Лебедев, Санкт-Петербург, В.В.Гриценко, Санкт-Петербург, К.Н.Самсонова, Брянск,

и еще тысяча шестьсот восемьдесят шесть подписей из Москвы, Санкт-Петербурга, Саранска, Омска, Первоуральска, Харькова, Иркутска, Душанбе и пр.

Подлинные документы с подписями хранятся по адресу: 197689, Санкт-Петербург, ул.Л. Толстого, 8, Санкт-Петербургский медицинский институт им. акад. И.П.Павлова. Ф.Г.Углов.

<https://teufelus.livejournal.com/266288.html>

СТИХИ В ЗАЩИТУ ЖИЗНИ

Международная академия трезвости выпустила в свет трехтомник трезвеннических стихотворений «Истинное наслаждение идет изнутри. Стихотворения в защиту жизни» (составитель профессор А.Н. Маюров).

В трехтомнике стихотворений, посвященных наиболее алкогольно-табачно-наркотической проблеме, помещены стихотворения не только известных мировых поэтических классиков, но и пронзительные стихи наших современников. Читатель здесь найдет известные стихи Демьяна Бедного, Сергея Викулова, Андрея Вознесенского, Владимира Высоцкого, Николая Гумилева, Гавриила Державина, Евгения Евтушенко, Сергея Есенина, Игоря Кобзева, Владимира Маяковского, Николая Некрасова, Роберта Рождественского и других. В сборниках также опубликованы стихи и наших современников: Николая Абрамова из Череповца, Сергея Аникина из Красноярска, Игоря Биндюкова из С.-Петербурга, Николая Дегтярева из Белогорска Амурской области, Николая Зиновьева из Краснодарского края, Бориса Кардаша из Томска, Михаила Козловского из Оренбурга, Павла Кряжевского из Саратовской области, Юрия Ливина из Москвы, Леонида Молокова из Шадринска, Николая Нечволода из Иркутска, Юрия Спиридонова из Киева, Юрия Увакина из Казани и многих других. Работа предназначена для широкого круга читателей.

В редакционной коллегии сборников известные литераторы трезвеннического движения:

Башарина Зоя Константиновна, доктор филологических

наук, профессор, академик (Якутск).

Бондаренко Владимир Александрович, кандидат филологических наук, кандидат психологических наук, академик (Краснодар).

Вардугин Владимир Ильич, член Союза писателей России, главный редактор газеты «Вопреки», профессор (Саратов).

Грешневиков Анатолий Николаевич, член Союза писателей России, депутат Государственной думы России (Москва).

Дегтярев Николай Трифонович, член Союза писателей России, профессор, академик (Амурская область).

Шамшурин Валерий Анатольевич, член Союза писателей России, почетный гражданин Нижнего Новгорода, профессор (Нижний Новгород).

В электронном виде сборника пока нет. А все три тома можно заказать по адресу Международной академии трезвости: tauugov3@gmail.com. Стоит трехтомник 1700 руб. Пересылка по почте ценной посылкой: Европейская часть РФ - 300 руб. Уральский и Сибирский округа РФ - 500 руб. Дальневосточный округ РФ - 600 руб. В другие страны - сейчас пересылать получается довольно дорого. Поэтому, адресатам из-за рубежа пересылаем индивидуально по договоренности. Средства на приобретение трехтомника и пересылку по почте следует направлять в адрес Академии: 603000, г. Нижний Новгород, главпочтамт, аб./ящ. 660 Маюрову А.Н. Телефон для справок: 8-920-016-72-40.

А.Н. Маюров, президент МАТР

Адрес редакции: 655016, г. Абакан, а/я 327, т.(3903)22-83-29, (913)445-59-06, (923) 278-57-26

E-mail: trezvo@yandex.ru, www.sbnt.ru. Тираж 700 экз.

Главный редактор Г.И.Тарханов, верстка Наталья Соколова.

Редакционный совет: Н.А.Гринченко, М.А.Метелёв, А.А.Токарев

Издается на благотворительные взносы сторонников трезвости, распространяется бесплатно