

**РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СЛУЖБЫ
ПРИ ПРЕЗИДЕНТЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

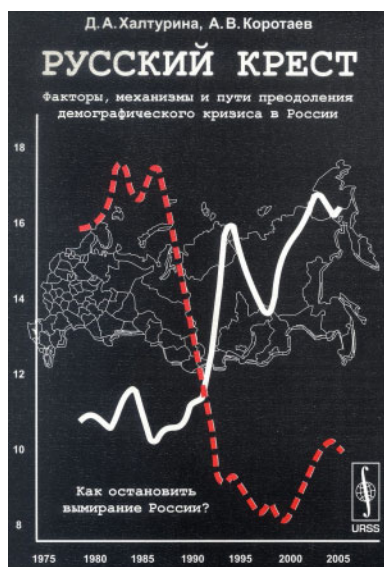
Кафедра организации социальных систем и антикризисного управления

РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ НАУК

Центр цивилизационных и региональных исследований

Д. А. Халтурина, А. В. Коротаев

РУССКИЙ КРЕСТ



**Факторы, механизмы
и пути преодоления
демографического
кризиса в России**



**URSS
МОСКВА**



ББК 66.3(2Рос)3 63.3

Настоящее исследование выполнено при финансовой поддержке Российского гуманитарного научного фонда (проект № 06-06-020-72А) и Фонда содействия отечественной науке.

Халтурина Дарья Андреевна, Коротаев Андрей Витальевич.

Русский крест: Факторы, механизмы и пути преодоления демографического кризиса в России. - М.: КомКнига, 2006. - 56 с.

ISBN 5-484-00528-0

В монографии осуществлен анализ факторов демографического кризиса в России. Актуальность работы обусловлена важностью определения факторов, доминирующих в развитии процессов депопуляции российского общества в связи с катастрофическим снижением рождаемости, повышением смертности и сокращением продолжительности жизни. В работе проводится детальный анализ таких факторов, как экономический кризис, экологическая ситуация, психологическое состояние общества, кризис медицины, алкоголизация и наркотизация общества. Используя эмпирические данные, авторы показывают, что наиболее мощный вклад в кризис смертности в России вносит потребление алкоголя и наркотиков. Алкоголизация и наркотизация общества способствуют деградации социальной среды и увеличивают смертность в детородных возрастах, тем самым негативно влияя и на рождаемость. Обосновывается, что продуманная антиалкогольная и антинаркотическая политика способна привести к существенному снижению смертности, некоторому росту рождаемости и в значительной степени к решению проблемы депопуляции России.

Монография предназначена для ученых, преподавателей, студентов, докторантов и аспирантов, а также практических работников в сфере здравоохранения и социального развития.

Рекомендовано к изданию кафедрой организации социальных систем и антикризисного управления Российской академии государственной службы при Президенте РФ.

Ответственный редактор: д-р полит. наук Т. А. Мельникова.

Рецензенты: д-р мед. наук, д-р соц. наук, проф. В. Л. Романов; д-р мед. наук, проф. А. В. Надеждин.

Обложка выполнена по эскизу Т. Шифриной (ООО «Халтурка-Дизайн»).

Издание осуществлено с готового оригинал-макета.

Издательство «КомКнига». 117312, г. Москва, пр-т 60-летия Октября, 9.

Подписано к печати 27.03.2006 г. Формат 60х90/16. Печ. л. 8. Зак. № 516.

Отпечатано в ООО «ЛЕНАНД». 117312, г. Москва, пр-т 60-летия Октября, д. 11А, стр. 11.

ISBN 5-484-00528-0 © Д. А. Халтурина, А. В. Коротаев, 2006 © КомКнига, 2006.



URSS

НАУЧНАЯ И УЧЕБНАЯ ЛИТЕРАТУРА

E-mail: URSS@URSS.ru

Каталог изданий в Интернете:

<http://URSS.ru>

Тел./факс: 7 (495) 135-42-16

Тел./факс: 7 (495) 135-42-46

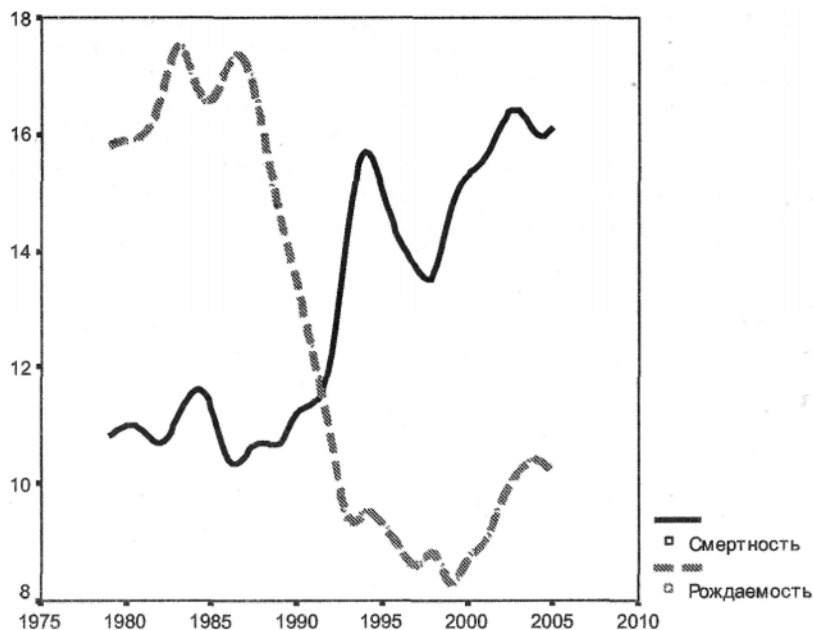
Оглавление

Введение.....	2
Глава 1. Вклад низкой рождаемости и высокой смертности в российский демографический кризис..	3
Глава 2. Гипотезы о причинах сверхсмертности россиян.....	4
2а. Экологический фактор.....	4
2б. Экономический кризис.....	4
2в. Кризис медицины.....	7
2г. Экономическое развит. и продолжительность жизни в кросс-национальной перспективе...	8
2д. Неудовлетворенность жизнью и духовное неблагополучие.....	9
Глава 3. "Алкогольная гипотеза".....	11
3а. Динамика смертности и потребления алкоголя в России.....	11
3б. Алкоголь и смертность от болезней системы кровообращения.....	13
3в. Алкоголь и смертность от внешних причин.....	14
3г. Алкогольные пики смертности россиян в выходные.....	14
3д. Социодемографические параметры алкогольной смертности.....	15
Глава 4. Влияние на смертность различных видов алкогольных напитков.....	17
Глава 5. Алкогольная смертность в России: анализ и обзор оценок.....	20
Глава 6. Опиаты и амфетамины – мощнейшие факторы сверхсмертности среди молодежи.....	23
Глава 7. Сравнительный вклад факторов российского демографического кризиса.....	24
Глава 8. Глубинные причины алкоголизации России и международный опыт.....	29
Выводы.....	31
Рекомендации Пути преодоления демографического кризиса в России.....	31
Приложения.....	36
Приложение 1. Статистические материалы.....	36
Приложение 2. Из доклада ВОЗ при ООН по положению в мире в области алкогольной политики....	49
Приложение 3. Статистический комментарий.....	50
Литература.....	51

Введение

Постперестроечный период в России ознаменовался демографической катастрофой, получившей название "русский крест" (Римашевская 1999): Под "русским крестом" здесь понимается переход в крайне неблагоприятный демографический режим с экстремально высокой смертностью и предельно низкой рождаемостью, который за последнее десятилетия прошли многие восточно и центрально-европейские народы и страны.

Диагр. 0.1. Динамика рождаемости и смертности¹ (на 1000 чел.) в России в 1978-2005 гг. ("русский крест")²



¹ Общие коэффициенты рождаемости и смертности.

² Источник данных: Госкомстат 2006; World Bank 2004.

С 1987 г. по 1993 г. рождаемость сократилась с 2 до 1,3 ребенка на женщину (или с 17,2 до 9,4 родов на 1000 чел.). С 1986 по 1994 гг. смертность в России выросла с 10,4 до катастрофического и аномального для развитых стран уровня 15,7 смертей на 1000 чел. В 1991-1992 гг. смертность сравнялась с рождаемостью, а вскоре и значительно превысила ее. Это означает убыль населения России, не компенсируемую даже интенсивной иммиграцией в страну. В своей беде Россия не одинока. Кроме "русского креста" существует и наиболее ранний "венгерский крест", а также украинский, белорусский, болгарский, латвийский и эстонский "кресты".

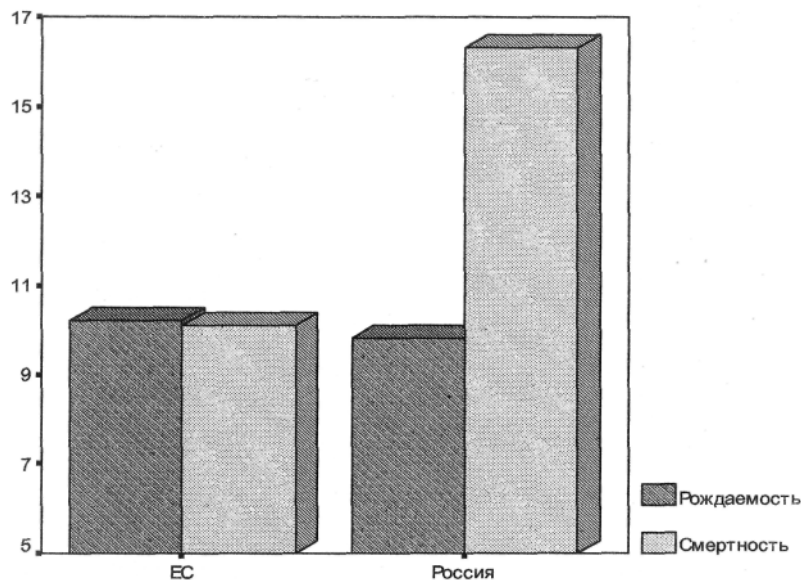
На данный момент демографическая ситуация в России — одна из наиболее удручающих в мире (для сравнения в Приложении 1 на Диагр. 1.1 приведены графики, характеризующие демографическую динамику в некоторых странах и регионах мира). Отметим, что данное исследование может быть интересно для широкой общественности не только в России, но и в Белоруссии и Украине, где демографическая ситуация весьма напоминает российскую. Полученные результаты могут также быть полезны для понимания основных демографических тенденций Казахстана, Литвы, Латвии, и Эстонии, а также ситуации на постсоветском пространстве и в Центральной Европе, в целом.

Исследователи выдвигали множество предположений относительно причин российского демографического кризиса. Рассмотрим эти объяснения одно за другим. Начнем с выяснения вопроса о том, что является главной причиной происходящей в настоящее время депопуляции России — низкая рождаемость или высокая смертность.

Глава 1. Вклад низкой рождаемости и высокой смертности в российский демографический кризис

По европейским меркам уровень рождаемости в России нельзя назвать беспрецедентно низким, столь же низкая рождаемость наблюдается во многих развитых странах Запада, да и не только Запада. Например, в Гонконге в 2002 г. она равнялась 7,1% (т.е. 7,1 родов на 1000 чел. в год), а в России — 10,5%. Однако уровень смертности в России (и некоторых других восточноевропейских странах) действительно аномально высок. Подобные показатели смертности (более 15%) за пределами России были зафиксированы только в пораженных ВИЧ странах Тропической Африки. Высокая смертность является первостепенным источником депопуляции России. Рассмотрим Диагр. 1.1, где представлены показатели рождаемости и смертности в России и Европейском Союзе в 2002 г. Мы видим, что уровень рождаемости в обоих случаях приблизительно одинаков. Однако в ЕС в 2002 г. низкая рождаемость компенсировалась столь же низкой смертностью, благодаря чему здесь наблюдался даже некоторый естественный прирост населения. В России же именно катастрофическая смертность населения создает огромный разрыв между рождаемостью и смертностью, который выливается в депопуляцию страны.

Диагр. 1.1. Рождаемость и смертность (на 1000 чел.) в России и Европейском Союзе в 2002 г. (World Bank 2004)



Общественная дискуссия относительно демографического кризиса в современной России нередко идет в русле обсуждения перспектив приема мигрантов из ближнего и дальнего зарубежья либо мер по увеличению рождаемости. Проблема миграционной политики действительно важна, однако обсуждение ее не должно заменять собой дискуссию о поиске путей выхода России из демографического кризиса.

Политика государства может оказывать некоторое влияние на уровень рождаемости. Правительства ряда стран Западной Европы предпринимали попытки стимуляции рождаемости путем внедрения существенных пособий семьям с детьми, расходы на которые достигают нескольких процентов от ВВП (Gauthier 1996). В северо-европейских странах, где существует положительная корреляция

между трудоустройством, доходом женщины и вероятностью рождения ею ребенка, хорошо показала себя политика поддержки матерей на рынке труда после рождения ребенка, в то время как отход от подобной системы в постсоциалистических странах стал одним из ключевых факторов снижения рождаемости (Neuger, Andersson 2004).

Очевидно, стимуляция рождаемости при помощи материальной и законодательной поддержки семей с детьми способна до некоторой степени увеличить уровень рождаемости в России. Однако подобного рода меры довольно дорогостоящие, а потому выполнимы в полной мере лишь в долгосрочной перспективе. Между тем, снижение смертности россиян возможно в гораздо более короткие сроки. На это указывает более благополучная в сравнении с Россией ситуация со смертностью не только в странах Запада, но в ряде стран Центральной Европы и СНГ и даже в некоторых российских регионах (в том числе, совсем не богатых).

Глава 2. Гипотезы о причинах сверхсмертности россиян

Исследователи выдвигали множество предположений относительно причин неблагоприятной ситуации со смертностью в России. А. Г. Вишневский и В. М. Школьников указывают на то, что затянувшийся кризис смертности в России происходит на фоне не завершенной второй фазы эпидемиологического перехода, т.е. перехода от пассивной борьбы со смертностью к активной борьбе за высокий уровень здравоохранения (Вишневский, Школьников 1997). Механизмы снижения смертности в ходе второго этапа эпидемиологического перехода разнообразны и включают: улучшение уровня здравоохранения и медицинского обслуживания, искоренение вредных привычек, распространение здорового образа жизни и т.д. (Андреев, Кваша, Харькова 2004).

В общем, можно выделить две основные группы гипотез относительно причин столь высокой смертности в стране.

1) Чрезвычайно высокая смертность в России - результат кризиса уровня жизни после распада Советского Союза: экономический кризис, бедность, низкий уровень медицины, неудовлетворенность жизнью, социальный стресс (Римашевская 1999, Гундаров 2001а, 2001б, 2004; Школьников, Червяков 2000; DaVanzo, Grammich 2001; Прохоров 2002; Brainerd, Cutler 2005; Вишневский 2006), неблагоприятная экологическая ситуация (см., напр.: Ревич, Авалиани, Тихонова 2004; Ревич 2005) и т.д.

2) Основными факторами сверхсмертности россиян являются высокий уровень и опасные формы потребления алкоголя, табака и наркотиков (Bobadilla, Costello, and Mitchell 1997; Leon et al. 1997; Chenet et al. 1998; Школьников, Червяков 2000; Заиграев 2001; Немцов 2001, 2003а, 2003б; Щербакова 2001; DaVanzo, Grammich 2001; Прохоров 2002; Гайдар 2005; Харченко с соавт. 2004, 2005а; Brainerd, Cutler 2005; Вишневский 2006).

Безусловно, все упомянутые причины в той или иной степени внесли вклад в кризис смертности в России. Однако эффективное противодействие этому печальному явлению требует выделения приоритетов действия, а для этого необходимо выделить наиболее сильные факторы смертности россиян. Данное исследование направлено на выявление дифференцированного вклада различных факторов в демографический кризис в России. Решение же такой исследовательской задачи возможно только с привлечением методов статистического анализа и хотя бы элементарных математических моделей (таких, например, как корреляционный анализ и множественные регрессионные модели) (см. ниже Статистический комментарий).

2а. Экологический фактор

После распада Советского Союза, когда смертность россиян резко выросла до аномального уровня, нагрузка на окружающую среду уменьшилась, в первую очередь, в связи с падением производства и многократным снижением уровня химизации сельского хозяйства. Объемы выбросов вредных веществ в атмосферу и окружающую среду, в целом, существенно сократились. В середине 1990-х впервые за долгие годы наступила некоторая стабилизация окружающей среды (Яблоков 2003). Все это происходило на фоне катастрофического роста смертности населения. Нет сомнения, что не слишком благоприятная экологическая ситуация негативно сказывалась и сказывается на здоровье россиян и вносит определенный вклад в повышенную смертность, в особенности, в зонах экологического бедствия (см., например: Ревич 2005). Однако, в целом, очевидно, что экологическая ситуация не является фактором, объясняющим феномен российской сверхсмертности сначала 1990-х гг.

2б. Экономический кризис

Уже предварительный анализ показывает, что экономические объяснения аномально высокой смертности в ряде стран на постсоветском пространстве оказываются недостаточными (см. Диагр. П.2-3 и Табл. П.2-3 в Приложении 1).

Например, экономический кризис в Армении и Грузии был значительно серьезнее, чем в России. Между 1990 и 1994 гг. (когда и сформировался "русский крест") производство ВВП на душу населения в России сократилось с \$7762 (здесь и далее данные по ВВП приводятся в международных долларах 1990 г. в паритетах покупательной способности) до \$5024. В то же время в Армении оно упало с \$6142 до \$2701, а в Грузии - даже с \$7569 до \$2100 (Maddison 2001: 341).

Несмотря на это прирост смертности в Армении и Грузии в постсоветские годы был незначительным в сопоставлении с катастрофическим ростом смертности, наблюдавшимся в тот же самый период в России, Эстонии и других государствах европейской части бывшего Советского Союза. Да и в целом, уровень смертности здесь был существенно ниже, чем в северных постсоветских республиках.

Как упоминалось выше, с 1990 по 1994 г. смертность в России выросла более чем на 4,5% и достигла 15,7%. В то же самое время в 1990-1993 гг. в Армении, испытывавшей несравненно более катастрофический экономический кризис, смертность выросла не более чем на 2,1% (и составила 8,3%)¹. На протяжении всего постперестроечного периода смертность в Армении была более чем в полтора раза ниже, чем в России (при относительно похожей возрастной структуре), хотя, например, к 1998 году ВВП на душу населения в республике Армения восстановился лишь до 50% от предкризисного уровня и составлял менее 75% от душевого ВВП России за тот же самый год.

¹ По экспертным оценкам Р. Еганяна (2000), вычисленным с учетом факторы вынужденного переселения мигрантов из населения. Официальные данные Мингосстата Республики Армения дают еще более низкие показатели смертности.

Постсоветский экономический кризис был особенно катастрофическим в Грузии, где в 1990-1993 гг. производство ВВП на душу населения упало более чем в три раза и в 1993 г. было более чем в два раза меньше российского. Однако за тот же самый период смертность в Грузии выросла далеко не столь значительно, как в России (Badurashvili et. al. 2001), по данным UNICEF (2004), с 9,3% до 11,2%. В 1994 г. в Грузии уже на фоне продолжавшегося спада производства смертность упала (до 10,4%) и в дальнейшем стабилизировалась на этом уровне (UNICEF 2004). Отметим, что стабилизация уровня смертности на крайне благополучном по российским меркам уровне произошла на фоне отчаянной экономической ситуации - производство ВВП на душу населения в Грузии в 1994 г. было менее трети от докризисного уровня и в два раза меньше, чем на тот же год в России (Maddison 2001: 341). В 2002 г. уровень смертности в Грузии составил 10,7% (UNICEF 2004) против российского уровня 15,4% (World Bank 2004), в то время как ВВП на душу населения в Грузии в том же году составлял менее половины от докризисного уровня и менее трети от ВВП на душу населения России (World Bank 2004).

Масштабы экономического кризиса в постсоветских Эстонии и Узбекистана были примерно одного порядка - между 1990 и 1994 гг. в обеих странах производство ВВП на душу населения сократилось приблизительно на 25%. Стоит подчеркнуть, что в 1994 г. абсолютный уровень производства ВВП на душу населения в Эстонии (\$8123) был более чем в два с половиной раза выше, чем в Узбекистане (\$3199) (Maddison 2001: 341). Так как то же самое процентное снижение производства ВВП на душу населения в бедных странах ведет к несравненно более сильному росту смертности, чем в среднеразвитых странах (см., например, Коротаев, Малков, Халтурина 2005: 274-301), имеются все основания ожидать, что если постсоветский рост смертности был действительно вызван прежде всего экономическими причинами, то в 1990-1994 гг. смертность в Узбекистане должна была вырасти значительно сильнее, чем в Эстонии. В реальности все обстоит прямо противоположным образом. В Узбекистане в 1990-1994 гг. смертность выросла лишь на 8% (с 6,1 до 6,7%) (UNICEF 2004). За тот же самый период в экономически несравненно более благополучной Эстонии смертность выросла более чем на 20% и в 1994 г. достигла катастрофического уровня в 15,2%. К 1998 г. эстонская экономика вышла, в общем и целом, на докризисный уровень, в Узбекистане же производство ВВП на душу населения было все еще на 23% процента ниже уровня 1990 г. (Maddison 2001: 341). В то же самое время смертность в Узбекистане упала ниже докризисного уровня (до 5,9%), а в Эстонии долгое время оставалась значительно выше его (на катастрофическом уровне 14%).

Конечно же, можно предположить, что эти различия между странами бывшего Советского Союза могут объясняться различиями в возрастной структуре. Поэтому имеет смысл рассмотреть динамику смертности и по отдельным половозрастным группам.

Динамика смертности детей в возрасте до 5 лет для Эстонии, России, Армении, Грузии и Узбекистана в 1990-1994 гг. выглядит следующим образом (см. Диагр. 1.4 и Табл. 1.4 в Приложении 1). В 1991-1993 гг. некоторый рост детской смертности наблюдался во всех рассматриваемых странах (собственно говоря, в эти годы он наблюдался во всех странах бывшего Советского Союза без единого исключения [UNICEF 2004: 68]). В очень высокой степени связано это было с ростом младенческой смертности (см. Диагр. 1.5 и Табл. 1.5 в Приложении 1).

Нет ни малейших сомнений, что рост детской и младенческой смертности в странах бывшего Советского Союза в начале 90-х гг. был вызван прежде всего именно постсоветским экономическим кризисом, в результате которого резкое сокращение производства душевого ВВП привело к самому серьезному недофинансированию системы здравоохранения, острой нехватке медикаментов и оборудования в роддомах и т.д. В Узбекистане и других центрально-азиатских странах бывшего Советского Союза некоторый рост общей смертности в начале 1990-х годов был в высокой степени связан именно с ростом младенческой и детской смертности (а значит, и с постсоветским экономическим кризисом) (см., например: UNICEF 2004: 67-68, 72). Судя по всему, важную роль этот фактор сыграл и в Грузии (наиболее серьезно пострадавшей от постсоветского экономического кризиса).

Это объяснение, однако, совершенно не работает применительно к России, Эстонии и другим странам европейской части бывшего Советского Союза. Нет никаких сомнений в том, что рост младенческой и детской смертности внес свой вклад в увеличение общей смертности; однако вклад этот объясняет лишь крайне незначительную часть данного увеличения. Достаточно упомянуть, что в 1990-1994 гг. детская смертность в России выросла на 7,2%, в то время как общая смертность подскочила на 40,2%. Собственно говоря, относительный вклад роста детской смертности был еще меньше, чем это может показаться из прямого сопоставления двух последних цифр, так как из-за крайне низкой рождаемости дети в возрасте до 5 лет уже в начале 90-х гг. составляли незначительный процент общего населения страны. Этот процент еще более сократился именно в 1990-1994 гг. из-за произошедшего в эти годы резкого падения рождаемости (см., например, UNICEF 2004: 115).

Для того чтобы понять причины катастрофического роста смертности в России, Эстонии и других странах европейской части бывшего Советского Союза значительно более релевантным оказывается рассмотреть динамику смертности в более старших возрастных группах (и при этом, по возможности отдельно для мужского и женского населения). Начнем наше рассмотрение с мужчин возрастных групп 20-24, 25-39 и 40-59 лет (см. Диагр. 1.6-8 и Табл. 1.6-8, с. 109-111).

Половозрастная динамика смертности существенно различается в разных частях бывшего Советского Союза.

Для Узбекистана на 1990-1994 гг. мы вообще не наблюдаем сколько-нибудь заметного роста смертности ни для одной из рассмотренных выше возрастных групп мужчин (UNICEF 2004: 72).

Определенный рост мужской смертности наблюдался в Армении и Грузии, но его структура очень заметно отличается от той, что мы наблюдаем в Эстонии или России. В 1990-1994 гг. в Армении мы видим очень значительный рост смертности мужчин в возрасте 20-24 лет. Отметим, что уже в 1995 г. он упал практически до докризисного уровня (UNICEF 2004: 74), что можно с полным основанием связать с заключенным в 1994 г. соглашением о прекращении огня в Карабахе. Крайне примечательным представляется то обстоятельство, что в 1990-1994 гг. резкий рост смертности среди 20-24-летних мужчин здесь сопровождался лишь умеренным ростом смертности среди мужчин в возрасте 25-39 лет. Среди мужчин в возрасте 40-59 лет никакого роста смертности вообще не наблюдалось² (никакого заметного увеличения смертности не наблюдалось и среди взрослого женского населения Армении). Таким образом, рост смертности в Армении был полностью сосредоточен в половозрастной группе мужчин "боевого возраста", и у нас есть все основания связать это обстоятельство с Карабахской войной.

² Данные, опубликованные Р. Егяняном (2000), заставляют предполагать, что в реальности данный паттерн был выражен еще более рельефно, чем об этом можно судить по официальным данным Мингосстата Республики Армения, недостаточно учитывающим эффект эмиграции. Мужчины "боевого возраста" эмигрируют более активно, что приводит к заметному занижению смертности среди этой половозрастной группы.

В Грузии в 1990-1993 гг. мы наблюдаем рост смертности во всех проанализированных выше возрастных группах мужчин: однако наиболее резкий рост здесь все-таки наблюдался в возрастной группе 20-24-летних, менее выраженным он был среди 25-39-летних, и наиболее слабым - среди 40-59-летних мужчин. Как мы увидим ниже, относительно слабый, но все-таки значимый рост смертности наблюдался в Грузии и среди женщин. Отметим, что сразу же после 1993 г. смертность падает до докризисного (или до почти докризисного) уровня во всех проанализированных нами половозрастных группах. Это заставляет предполагать, что рост смертности в Грузии в 1990-1993 гг. был почти полностью связан с внутренней гражданской войной в Грузии (в отличие от внешней для Армении с точки зрения международного права Карабахской войны). Вооруженное насилие в Грузии, имевшее место в 1990-1994 гг. не только на территории Абхазии и Южной Осетии, привело к значительному увеличению числа смертей не только со стороны прямых участников военных действий, но и со стороны невоюющего гражданского населения (как мужского, так и женского пола). Однако вполне естественно, что человеческие потери среди "воюющих" половозрастных групп были заметно выше, что, судя по всему, и объясняет картину распределения динамики смертности по половозрастным группам в Грузии в 1990-1994 гг.

Картина, прямо противоположная той, что прослеживается для Грузии и Армении, наблюдается для России, Эстонии и, собственно говоря, практически всех остальных европейских государств бывшего Советского Союза. Мы видим здесь резкий рост смертности среди всех возрастных групп мужчин; однако среди более старших групп мужчин трудоспособного возраста рост смертности был значительно более сильным (особенно в абсолютном выражении), чем среди 20-24-летних. Конечно, подобная картина распределения не может объясняться ни военно-политическими, ни экономическими факторами.

Теперь рассмотрим повозрастную динамику женской смертности (см. Диагр. 1.9-11 и Табл. 1.9-11 в Приложении 1). Начнем с того, что в Узбекистане в 1990-1994 гг. мы наблюдаем значимый (хотя и относительно³ небольшой) рост женской смертности, что находится в примечательном контрасте с динамикой смертности узбекских мужчин, для которых столь значимого роста смертности в рассматриваемый период не наблюдалось. Существуют достаточные основания связать рост смертности среди узбекских женщин именно с постсоветским экономическим кризисом. Это заставляет предполагать, что тяготы этого кризиса легли на плечи узбекских женщин в значимо большей степени, чем на узбекских мужчин (что, по всей видимости, связано с подчеркнуто доминирующим положением мужчин, характерным для среднеазиатских обществ). Особо отметим, что ни этот экономически обусловленный рост смертности, ни даже вызванный военно-политическими факторами рост смертности в постсоветском Закавказье (включая Азербайджан [UNICEF 2004: 73-76]) не может по своей амплитуде сравниться с действительно катастрофическим ростом смертности в России, Эстонии и других европейских государствах бывшего Советского Союза (UNICEF 2004: 73-76).

Отсутствие какого-либо значимого роста смертности среди всех рассмотренных групп армянских женщин (хотя бы отдаленно сопоставимого с тем, что наблюдался в 1990-1994 гг. среди армянских мужчин "боевого" возраста) подтверждает сделанный нами выше вывод о том, что некоторый рост смертности, наблюдаемый в эти годы в Армении, объясняется почти исключительно вовлеченностью Армении во внешний для нее (с точки зрения международного права) вооруженный конфликт в Карабахе.⁴

Динамика смертности среди всех проанализированных выше возрастных групп грузинских женщин достаточно точно повторяет динамику смертности среди грузинских мужчин "небоевого" возраста. Она совершенно несимволически выросла в период интенсивной внутренней войны (прежде всего в связи с конфликтом в Абхазии), однако рост этот был несравненно меньше того, что наблюдался в Грузии среди мужского населения "боевого возраста". Окончание интенсивных внутренних военных действий привело к немедленному падению смертности среди всех проанализированных выше половозрастных групп, хотя, естественно, особенно сильным он был среди мужчин "боевого возраста".

Разница в динамике смертности, наблюдавшейся в Армении и Грузии, объясняется разницей между демографическими последствиями внешней и внутренней военной активности. Внешняя военная активность Армении в Карабахе привела к росту смертности почти исключительно среди граждан Армении "боевого возраста" мужского пола, в то время как рост смертности в Грузии был связан с внутренней военной активностью, унесшей заметное число жизней представителей всех половозрастных групп населения Грузии, хотя, естественно, особенно большое число человеческих потерь пришлось на мужчин "боевого возраста".

Что касается динамики разницы между продолжительностью жизни мужчин и женщин, то в этом отношении Россия, Эстония (и остальные европейские государства, ранее входившие в Советский Союз) находятся в резком контрасте, как со странами Закавказья, так и с государствами Средней Азии. В странах первой группы в 1990-1994 гг. женская смертность для всех проанализированных выше возрастов увеличилась очень сильно (в любом случае значительно сильнее, чем в Средней Азии или Закавказье, что уже никак нельзя объяснить экономическими факторами). Однако даже сильный рост женской смертности в странах первой группы не идет ни в какое сравнение с поистине катастрофическим ростом мужской смертности (см. Табл. 1.12 в Приложении 1).

Конечно, такая картина половозрастной динамики смертности должна привести к осязательному падению ожидаемой продолжительности жизни женщин в России, Эстонии и других европейских государствах бывшего Советского Союза; однако ожидаемая продолжительность жизни мужчин должна была сократиться в еще большей степени, приведя в этой группе стран (но не в странах Закавказья и Средней Азии) к драматическому разрыву между мужской и женской продолжительностью жизни. Именно это и произошло.

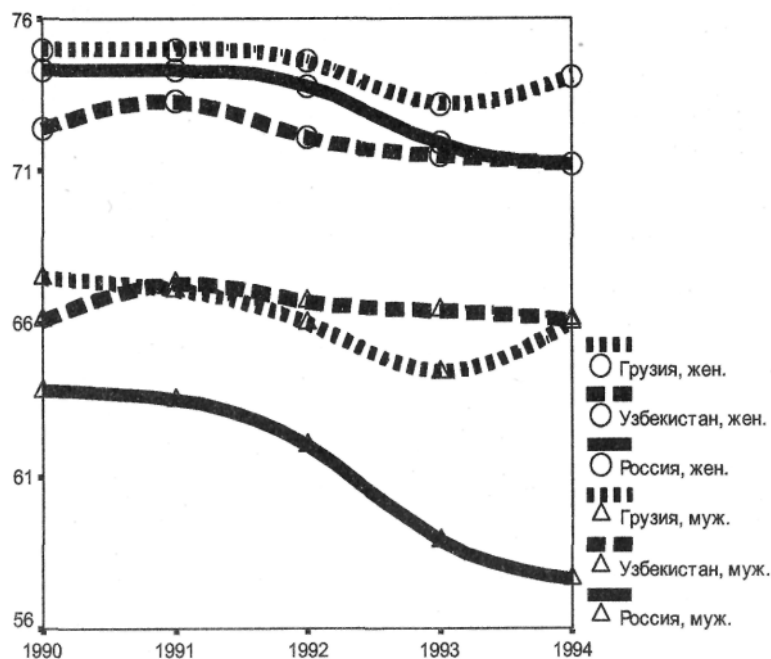
Для начала сравним динамику продолжительности жизни в России, Грузии и Узбекистане (см. Диагр. 2.1 и Табл. 1.13 в Приложении 1):

³ В сопоставлении с Россией, Эстонией и другими европейскими государствами, ранее входившими в Советский Союз (UNICEF 2004: 73-75).

⁴ Подчеркнем, что для целей данного анализа не имеет никакого значения, какая именно сторона карабахского конфликта права в оценке характера вовлеченности Армении в Карабахскую войну. Вне зависимости от формального статуса граждан Армении, воевавших в Карабахе (шла ли речь о добровольцах, как на этом настаивал Ереван, или это были регулярные армянские войска, как на этом настаивал Баку), любое участие Армении в данной войне означало повышенную смертность среди ее граждан преимущественно именно мужского пола и именно "боевого возраста".

⁵ Вполне предсказуемым образом Казахстан в этом отношении занимает промежуточное между тем, что наблюдается для европейской и среднеазиатской частей бывшего Советского Союза (UNICEF 2004: 73-76). Таджикистан же соединяет черты "среднеазиатской" и "закавказской" моделей (UNICEF 2004: 73-76).

Диagr. 2.1. Динамика ожидаемой продолжительности жизни при рождении (количество лет) по России, Грузии и Узбекистану за 1990-1994 гг.



ПРИМЕЧАНИЕ: источник данных - UNICEF 2004: 72-73.

Как мы видим, в Узбекистане в 1991-1994 гг. как мужская, так и женская продолжительность жизни несколько уменьшилась (хотя это падение было сравнительно невелико в сопоставлении с тем, что в эти годы происходило на бывшем советском "Севере"). В то же самое время мужская продолжительность жизни здесь сократилась даже несколько меньше, чем женская. В результате, в эти годы в Узбекистане мы наблюдаем определенное сокращение разрыва между ожидаемой продолжительностью жизни мужчин и женщин.

В Грузии в 1990-1993 гг. интенсификация внутренних военных конфликтов привела к заметному снижению продолжительности жизни, как мужчин, так и женщин. Однако вполне естественно, что падение продолжительности жизни мужчин было при этом более заметным, что привело к

некоторому увеличению разрыва между мужской и женской продолжительностью жизни. С другой стороны, прекращение интенсивных боевых действий на территории Грузии предсказуемым образом привело к немедленному сокращению этого разрыва.

Динамика, наблюдаемая в эти годы в России, драматически отличается от описанной выше. В 1990-1994 гг. продолжительность жизни женщин в России сократилась в значительно большей степени, чем в Грузии и в Узбекистане. Однако и это трагическое сокращение продолжительности жизни совершенно бледнеет в сравнении с действительно катастрофическим падением продолжительности жизни российских мужчин. Поэтому неудивительно, что именно в России мы наблюдаем самый сильный рост разрыва между продолжительностью жизни мужчин и женщин.

Особенно сильный рост разрыва между продолжительностью жизни мужчин и женщин наблюдался в России, Эстонии и других европейских государствах, ранее входивших в Советский Союз (но не в Средней Азии и Закавказье, сильнее пораженных постсоветским экономическим кризисом).

Собственно говоря, нет никаких рациональных оснований утверждать, что экономические кризисы должны вести к более высокому росту мужской, а не женской смертности (собственно говоря, узбекский случай показывает, что женщины могут страдать от экономических кризисов сильнее мужчин). Наоборот, мужчины, в особенности трудоспособного возраста это экономически наиболее обеспеченная группа населения. На этом фоне то обстоятельство, что мужская смертность в России, Эстонии и других европейских государствах, ранее входивших в Советский Союз, выросла кардинально сильнее женской смертности, служит дополнительным свидетельством того, что не экономический кризис был здесь основной причиной катастрофического роста смертности, хотя некоторый вклад этот фактор, несомненно, внес.⁶

Еще одним аргументом против эконоцентрической гипотезы является то, что среди регионов России наименьшей смертностью и наибольшей продолжительностью жизни отличаются такие беднейшие и "проблемные" регионы как Ингушетия и Дагестан. Если в России, в целом, в 2001 г. продолжительность жизни составляла 59 лет для мужчин и 72 года для женщин, то в Ингушетии эти показатели были равны 70 и 79 годам, а в Дагестане 67 и 76 годам соответственно (Госкомстат 2002: 106, 109).

2в. Кризис медицины

Экономическая ситуация в стране, как правило, сильнее всего отражается на состоянии медицины и системы здравоохранения в целом. Ряд исследователей указывал именно на кризис российской медицины в качестве основного фактора катастрофической смертности в России. Однако "вопреки тому, что кажется очевидным, Россия избежала резкого снижения расходов на здравоохранение в 1992-1995 гг. Согласно двум независимым оценкам, их снижение, с учетом поправок на инфляцию, составило около 10% (Davis 1997; Shapiro 1997). Количество больничных коек и врачей на душу населения почти не уменьшилось (UNDP 1995). Таким образом, 'обвала' не произошло" (Школьников, Червяков 2000: 18).

В пользу такого утверждения, в частности свидетельствует проведенное в Новосибирске исследование заболеваемости инсультами. Смертность от инсультов там выросла с 1987 по 1994 гг. за счет увеличения числа инсультов, в то время как процент умерших среди перенесших инсульт не увеличился (Stegmayr et al. 2000).

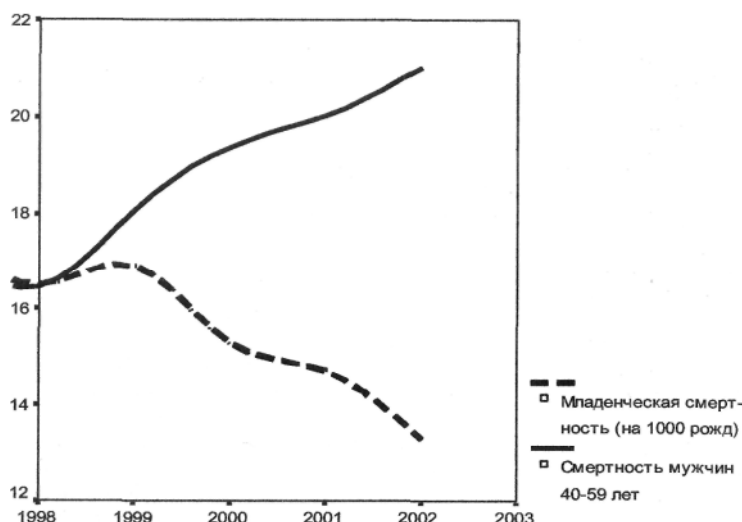
Ряд показателей свидетельствует об улучшении уровня медицинского обслуживания в России - например, снижение материнской и младенческой смертности, а также детской смертности от лейкемии (Shkolnikov et al. 1999; Breinerd, Culter 2005).

Экономические кризисы и начала 1990-х гг., и 1998 г. приводили к определенному росту младенческой смертности. Однако следовавшее за этим оживление экономики немедленно благоприятно сказывалось на этом показателе. Младенческая смертность сокращается в России с 1999 г., что свидетельствует и о положительных изменениях в российской медицине. Однако заметное снижение младенческой смертности после 1998 г. находится в резком контрасте с продолжающимся ростом общей смертности россиян. В качестве примера

⁶ С другой стороны, то обстоятельство, что в отличие от Армении, Грузии, Азербайджана и Таджикистана мужская смертность в данной группе стран выросла среди взрослых мужчин "небоевого" возраста в значительно большей степени, чем среди мужчин "боевого" возраста, свидетельствует о том, что и военно-политическая нестабильность не может рассматриваться здесь в качестве основной причины роста смертности.

приведем динамику смертности среди мужчин 40-59 лет (см. Диагр. 2.2).

Диагр. 2.2. Динамика младенческой смертности и смертности мужчин 40-59 лет в России в 1998-2002 гг.)



Кроме того, сравнительный анализ динамики постсоветских стран не подтверждает "медико-центрического" объяснения кризиса смертности в бывших социалистических странах. Более того, наблюдается статистически маргинально значимая слабая связь в обратном направлении (Brainerd, Cutler 2005: 11-12): в целом, смертность выросла несколько сильнее в тех странах, где расходы на здравоохранение сократились меньше.

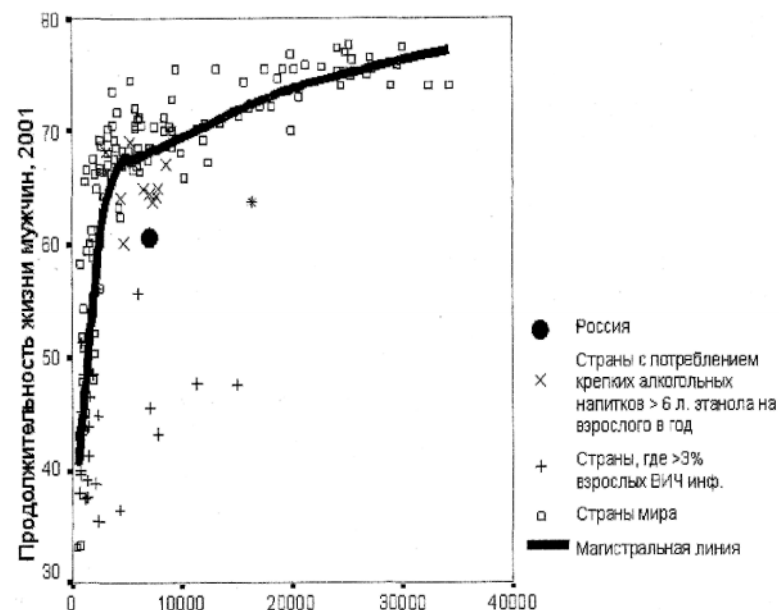
Все выше сказанное, конечно, не значит, что российская система здравоохранения не нуждается в кардинальном совершенствовании и, в том числе, радикальном улучшении ее финансирования и внедрении новых подходов. Это значит лишь, что одного этого совершенно не достаточно для того, чтобы остановить процесс катастрофического вымирания России.

Таким образом, практически все гипотезы, связывающие сверхсмертность россиян, прежде всего, с постперестроечным социально-экономическим кризисом не выдерживают проверки. Чем же это может объясняться? Ведь связь между благосостоянием населения и продолжительностью жизни представляется самоочевидной.

2г. Экономическое развитие и продолжительность жизни в кросс-национальной перспективе

На Диаграмме 2.3 представлено распределение стран мира по двум следующим показателям в 2001 г.: ВВП на душу населения (в паритете покупательной способности) и продолжительность жизни мужчин (группы, несущей наибольшие потери от кризиса сверхсмертности в России).

Диаграмма 2.3. ВВП на душу населения и продолжительность жизни мужчин в 2001 г.⁷



ВВП на душу населения в 2001 г., долл. США 2001 г. в паритете покупательной способности

ПРИМЕЧАНИЕ: источник данных - Human Development Report 2001.

На диаграмме представлена общемировая картина на 2001 г. (каждый квадратик представляет собой ту или иную страну); усредненная линия представляет собой "магистральную дорогу", по которой в ходе модернизации более или менее сходным образом проходят все регионы мира.

Мы видим три основных зоны, представляющие собой три этапа развития. Большую часть своей истории человечество провело в первой зоне крайне низкой продолжительности жизни (и мужчин, и женщин) и крайне низкого производства ВВП на душу населения (см., например: Коротаев, Малков, Халтурина 2005а, 2005б). Именно такими были условия жизни,

скажем, в России 200 лет тому назад. В настоящее время в этой зоне преобладают наименее развитые африканские страны. На этом этапе (в диапазоне 400-3000 долларов на душу населения) даже небольшой прирост ВВП на душу населения ведет к значительному росту продолжительности жизни (подробнее об этом см.: Коротаев, Малков, Халтурина 2005а, 2005б). Это достигается за счет ликвидации голода, внедрения дешевых (но эффективных в сопоставлении с традиционными средствами) современных медицинских препаратов, позволяющих радикально снизить младенческую смертность и ликвидировать многие эпидемические заболевания, за счет радикального улучшения санитарно-гигиенических условий и т.д. Данные процессы обозначаются как "эпидемиологический переход". В результате рост душевого ВВП с 400 до 3000 долларов обычно сопровождается действительно кардинальным ростом средней продолжительности жизни, как мужчин, так и женщин (с менее 30 до почти 70 лет). Однако в диапазоне 3000-10000 долларов корреляция между ростом среднедушевого ВВП и продолжительностью жизни падает почти до нуля. Действительно, средняя продолжительность жизни мужчин в странах, производящих ВВП в размере 3000-4000 долларов на душу населения, составляет, в среднем, около 69 лет, а в странах с производством ВВП в пределах 8000-11000 долларов средняя продолжительность жизни мужчин лишь на год больше - около 70 лет.

⁷ Источники данных по потреблению алкоголя здесь и далее: Global Alcohol Database BO3 (WHO 2005). Структура потребления спиртных напитков в Латвии и в Эстонии были уточнены данными из работы А. Бруновскис и Т. Угланд (Brunovskis, Ugland 2003: 14). Данные по Украине были скорректированы по работе А. И. Минко (Минко 2001). Источник данных по проценту взрослого населения, инфицированного ВИЧ/СПИД: Central Intelligence Agency 2004.

Представленные на этой диаграмме данные свидетельствуют о том, что страны Закавказья и Средней Азии, а также Ингушетия и Дагестан не являются аномальными. Существуют десятки стран со значительно меньшим ВВП на душу населения, чем в России и значительно более благоприятной ситуацией со смертностью и продолжительностью жизни.

В самых богатых странах мира (с производством ВВП на душу населения в размере более 25000 долларов) средняя продолжительность жизни мужчин все-таки заметно выше - 75,6 лет. Но достигается эта прибавка за счет инвестирования многих сотен миллиардов долларов в современное дорогостоящее здравоохранение (так называемый "второй эпидемиологический переход"): оснащение больниц высокотехнологичным оборудованием, строительство десятков тысяч спортивно-оздоровительных комплексов и бассейнов, радикальное улучшение качества питания и т.п. (Андреев, Кваша, Харькова 2004). На этом этапе каждый дополнительный год человеческой жизни обходится в десятки раз дороже, чем во время первого эпидемиологического перехода.

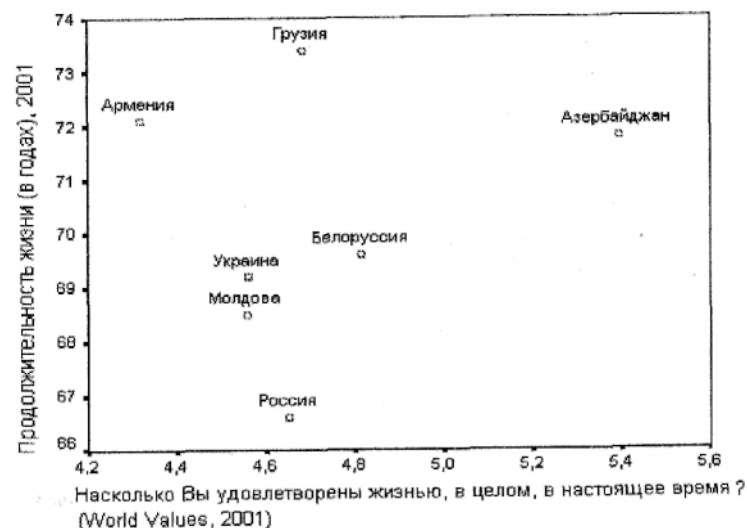
Обратим внимание, что экономическое движение России и других европейских стран бывшего Советского Союза после 1990 г. происходило именно в диапазоне ВВП на душу населения 3000-11000 долларов, то есть как раз в том диапазоне, где корреляция между экономическими показателями и продолжительностью жизни особенно слаба, что во многом и объясняет, почему экономическая динамика здесь оказала слабое воздействие на динамику смертности.

2д. Неудовлетворенность жизнью и духовное неблагополучие

Достаточно распространенным является утверждение о том, что социальный стресс и неудовлетворенность постсоветской действительностью вносят существенный вклад в сверхсмертность россиян. В нашем распоряжении имеются результаты международного исследовательского проекта "World Values" (Мировые ценности) волны 1997-2001 гг. (World Values 2001; Inglehart et al. 2004). В рамках данного проекта в 1997-2001 гг. по одному и тому же вопроснику методом формализованного интервью более чем в 80 странах были собраны социально-психологические данные.

Мы воспользовались переменной "Насколько Вы удовлетворены своей жизнью, в целом, в настоящее время?". В качестве ответа респондентам предлагалось назвать балл от 1 до 10. На Диагр. 2.4 изображено распределение стран СНГ, в которых проводились опросы, по двум показателям: удовлетворенность жизнью (по горизонтали) и продолжительность жизни (по вертикали):

Диагр. 2.4. Удовлетворенность жизнью (по десятибалльной шкале) и продолжительность жизни на постсоветском пространстве



ПРИМЕЧАНИЕ: источники данных - World Values 2001, UNDP 2001.

Жители Армении, Молдовы и Украины на момент опроса были еще менее удовлетворены своей жизнью, чем россияне, а значит, испытывали еще больше стресса. Однако это не мешало им жить дольше россиян. Жители же Грузии и Белоруссии были лишь немногим более довольны жизнью, чем наши соотечественники (в пределах статистической погрешности), однако имели значительно большую продолжительность жизни.

Е. Брейнерд и Д. Кутлер получили сходный результат, используя базу данных Central and East European Barometer (CEEБ). В качестве индикатора социального стресса эти исследователи использовали ожидания мужчин по поводу финансового положения своей семьи

в ближайшем будущем (средний для мужского населения страны балл ответов на вопрос "Как Вы думаете, в следующие 12 месяцев финансовое положение Вашей семьи улучшится или ухудшится?"). Изменение этого показателя не прошло проверку на статистическую значимость в качестве фактора прироста смертности (Brainerd, Cutler 2005).⁸

Итак, корреляция между психологическим состоянием и продолжительностью жизни граждан на уровне стран в постсоциалистическом мире не прослеживается. И. А. Гундаров (1995, 2001а, 2001б, 2004) выдвигает гипотезу о решающем влиянии на уровень смертности ухудшения нравственной атмосферы в обществе в разных странах, и, в частности, в России. Данные проекта World Values не подтверждают гипотезы Гундарова. Россия вовсе не выглядит страной с выдающимся уровнем безнравственности, какой она должна была бы быть, если бы гипотеза И. А. Гундарова была верна.

Так, на вопрос о том, могут ли быть оправданы политические убийства, "никогда" ответили 87% австрийцев и жителей Литвы, 85% жителей Украины и Германии, 83% чехов, 80% россиян и финнов, 74% люксембуржцев, 69% британцев, 64% греков и 60% жителей Белоруссии.

Не является Россия лидером и по количеству приемлющих получение взятки (см. Таблицу 2.1):

⁸ Е. Брейнерд и Т. Кутлер, тем не менее, пришли к выводу, что социальный стресс является одним из факторов сверхсмертности в России, используя показатель уровня самоубийств, что является некорректным, так как самоубийства - не совсем самостоятельный, а алкоголезависимый показатель (Немцов 2001), так как большинство самоубийц в России погибают нетрезвыми.

**Табл. 2.1. Процент жителей страны, ответивших "никогда" на вопрос:
"Может ли быть оправдано получение взятки, используя служебное положение?"**

%	Страны
более 90%	Аргентина, Бангладеш, Вьетнам, Дания, Египет, Зимбабве, Иран, Иордания, Мальта, Марокко, Пакистан, Танзания, Турция и Уругвай.
от 80% до 90%	Австралия, Алжир, Босния и Герцеговина, Израиль, Индия, Ирландия, Исландия, Канада, Китай, Колумбия, Сальвадор, южная Корея, Македония, Новая Зеландия, Норвегия, Пуэрто-Рико, Румыния, Сербия, США, Черногория и Япония.
от 70% до 80%	Австрия, Болгария, Грузия, Доминиканская Республика, Ирландия, Испания, Италия, Латвия, Мексика, Нидерланды, Перу, Польша, Португалия, Россия, Сингапур, Словения, Финляндия, Хорватия, Чили.
от 60% до 70%	Армения, Великобритания, Германия, Греция, Литва, Швеция, Уганда, Украина, Эстония.
от 50% до 60%	Азербайджан, Албания, Венгрия, Чехия.
от 40% до 50%	Бразилия.
от 30% до 40%	Словакия, Филиппины.

В целом, международные данные не подтверждают гипотезы Гундарова. Так, наиболее нравственными, согласно данным опроса, являются жители Бангладеш, страны с невысокой продолжительностью жизни. Это, очевидно, связано с сохранностью традиционной морали, в значительной степени утраченной более урбанизированными обществами. Россияне же в ходе опроса продемонстрировали средний уровень нравственности.

И. А. Гундаров в подтверждение значимости вклада психологических факторов в кризис смертности приводит результаты статистического теста, основанного на подсчете "коэффициентов сцепленности" показателей смертности с различными социальными и экономическими показателями, а также результаты регрессионного теста для некоторых стран Восточной и Центральной Европы и СНГ (Гундаров 1995; 2001а; 2001б; 2004). Сила связи с показателями смертности оказалась выше всего для уровня убийств, несколько меньше для уровня питания, заработной платы и самоубийств. При расчетах использовались также такие показатели, как промышленное и сельскохозяйственное производство, потребление алкоголя, обеспеченность врачами, розничный товарооборот и ввод в эксплуатацию жилых домов.

Как и многие исследователи (Гайдар 2005; Brainerd, Cutler 2005) И. А. Гундаров был введен в заблуждение неверными официальными данными по потреблению алкоголя в России и других государствах. Официальные данные по потреблению алкоголя в постсоветских странах не учитывают теневого сектора в производстве и импорте алкогольных напитков, который занимает в ряде стран доминирующее положение. И если данные по Российской Федерации отражают хотя бы общую динамику потребления алкоголя, то, например, данные по Украине и Казахстану не выдерживают совершенно никакой критики. В этих странах официальные данные и реальное потребление различаются в несколько раз.

Что касается уровня убийств, то он зависит не только от нравственного состояния населения. Мощнейшим фактором уровня убийств в обществе является потребление алкоголя (см. об этом, напр.: Andreasson, Rosmelsjo, Allbeck 1988; English 1995; Немцов 2001, 2003а; Андриенко 2001). Большинство российских убийц пьяны в момент убийства (Преступность и правонарушения ... 2005: 64), как и большинство самоубийц (Немцов 2001). Есть основания предполагать, что проведенный И. А. Гундаровым статистический тест указал на уровень убийств как на самый надежный предиктор смертности в России, в значительной степени, потому что этот показатель является лучшим показателем потребления алкоголя, чем официальная статистика потребления алкоголя.

На индивидуальном уровне вопрос о соотношении психофизиологического настроения и повышенной смертности в России был исследован в рамках проведенного в 1999 г. в Удмуртии и Москве исследования под руководством В. М. Школьников и В. В. Червякова. В ходе этого исследования были детально изучены факторы смерти мужчин в возрасте от 20 до 55 лет. Исследование проводилось путем интервьюирования лиц, знавших умерших, сбора информации образа жизни последних и сравнения полученной информации с информацией о живых мужчинах того же возраста, проживающих по соседству.

И в Москве, и в Удмуртии, по утверждениям лиц, знавших умерших, для них было несколько более свойственен конфликтный или агрессивный характер, чем в контрольной выборке (9,3% против 4,9% в Удмуртии, и 9,5% против 5,8% в Москве)⁹. Однако не менее сильные различия между умершими (на канун их смерти) и живыми наблюдались по следующим показателям: образование, работа в негосударственных организациях, семейность, удовлетворенность семейной жизнью, физическое развитие, регулярное питание, бедность (только в Москве), проблемы с правоохранительными органами (только в Удмуртии) (Школьников, Червяков 2000: 71). Сильнейшие различия наблюдались по следующим параметрам: потребление алкоголя, наличие работы и способность подняться на пятый этаж (т.е. состояние здоровья). То есть психологическое состояние оказалось одним из значимых, но не особенно сильных факторов, что не дает оснований рассматривать его в качестве решающей причины российского демографического кризиса.

Е. Брейнерд и Т. Кутлер также провели исследование шансов преждевременной смерти в зависимости от уровня оптимизма, однако они использовали базу данных "Российский мониторинг экономического положения и

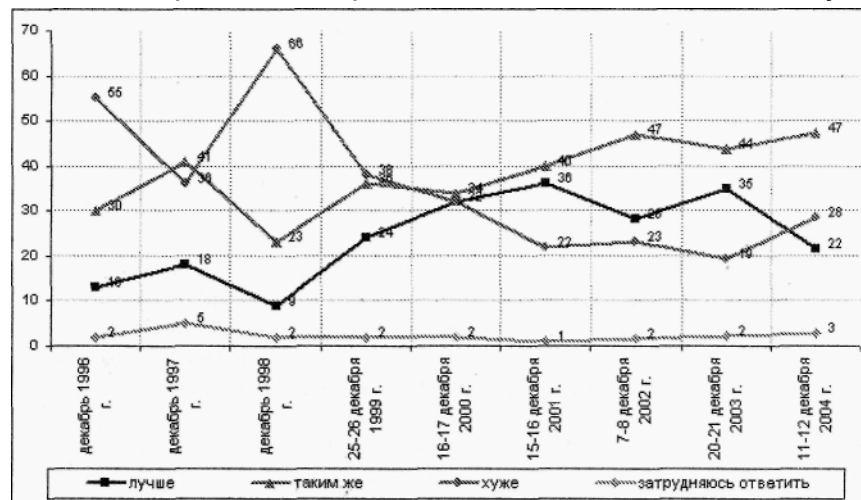
⁹ В обоих случаях знакомые умерших описывали их как пессимистов чаще, чем своих живых знакомых (22,4% против 15,3% в Удмуртии, и 25,6% против 20,5% в Москве). Скорее всего, это обусловлено пессимистическими настроениями тяжело больных людей.

здоровья населения" (РМЭЗ 2004). В ходе данного проекта по репрезентативной выборке было обследовано более 7 тыс. домохозяйств в 38 регионах России. Одни и те же семьи были исследованы каждый год в течение нескольких лет. Всего было семь волн таких исследований. Часть респондентов умерло, таким образом, Брейнерд и Кутлер, используя информацию об умерших индивидах, провели статистический анализ силы и значимости факторов ранней смерти мужчин. Согласно результатам одного из вариантов теста множественной регрессии, проведенной исследователями, пессимистические настроения увеличивают риск умереть на 30% для женщин и на 50% для мужчин. Однако статистический анализ, проведенный исследователями, показал, что фактор пессимизма является незначимым при включении в анализ таких факторов, как возраст, доход, плохое здоровье, ожирение, сердечный приступ или инсульт в прошлом, диабет, курение, потребление алкоголя.

Таким образом, на индивидуальном уровне психологическое состояние является одним из значимых предикторов риска преждевременной смерти (как в России, так и за рубежом). Однако степень самостоятельности этого фактора нуждается в дополнительном исследовании. Например, хорошо известно, что мощнейшими факторами депрессии являются алкогольные проблемы (WHO 2004b: 43-44), болезнь, безработица, одиночество и т.д.

В то же время, Е. Брейнерд и Т. Кутлер указывают на то, что после 1998 г. уровень пессимизма российских мужчин 25-64 лет существенно понизился (с 3,45 в 1992 г. индекс пессимизма упал до 2,89 в 2002 г. по пятибалльной шкале). Фиксируют рост оптимизма и существенное улучшение психологического состояния россиян с 1998 г. по 2001 г. и опросы фонда "Общественное мнение" (ФОМ 2004), см. Диагр. 2.5:

Диагр. 2.5. Если говорить в целом, то каким для вас лично был уходящий год - лучше, хуже или таким же, как предшествующий? (ФОМ 2004)



Тем не менее, смертность в России за этот период существенно возросла - с 13,5% в 1998 г. до 15,6% в 2001 (World Bank 2004). Следовательно, психологический фактор не является ведущим, и даже сильным фактором кризиса сверхсмертности в России.

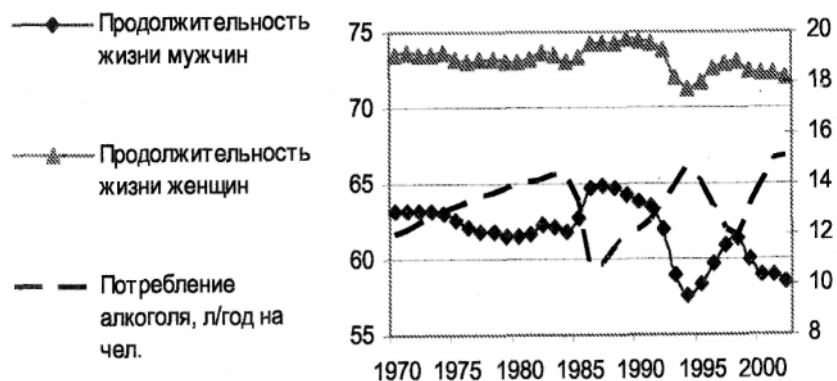
Глава 3. "Алкогольная гипотеза"

Уже само распределение феномена сверхсмертности указывает на важность алкогольного фактора. В отличие от стран Закавказья и Средней Азии, Россия, Эстония и другие постсоветские европейские государства имеют серьезные алкогольные проблемы. В рамках самой России наибольшей продолжительности жизни является в самых бедных, но зато наиболее глубоко исламизированных и потому малопьющих Ингушетии и Дагестане (Госкомстат 2002: 106, 109). К тому же, в ходе экономического кризиса 1990-х гг. от кризиса сверхсмертности сильнее всего пострадали не наименее обеспеченные группы населения: пенсионеры, дети и женщины, а экономически наиболее благополучная, и при этом самая пьющая половозрастная группа - мужчины трудоспособного возраста (см. Приложение 1).

За. Динамика смертности и потребления алкоголя в России

В последние десятилетия смертность и продолжительность жизни в России эволюционировали в тесной связи с потреблением алкоголя:

Диагр. 3.1. Динамика потребления алкоголя и продолжительности жизни мужчин и женщин в России в 1970-2002 гг.



ПРИМЕЧАНИЕ: Источники данных: Немцов 2003б, World Bank 2004, см. также: Подлазов 2005. Официальные данные по потреблению алкоголя не могут рассматриваться как достоверные, поскольку не учитывают колоссальных объемов нелегального производства и контрабандного импорта алкоголя в Россию. Оценки А. В. Немцова, на которые мы опирались, в целом, более или менее совпадают с оценками других экспертов, и рассчитаны на основе разнообразных показателей, включая заболеваемость населения алкогольными психозами (Немцов 2001).

Неблагоприятные демографические тенденции наметились в Советском Союзе еще в середине 1960-х гг., когда продолжительность жизни мужчин начала снижаться, а женщин - стагнировать на фоне определенных успехов советского здравоохранения и практически повсеместного роста продолжительности жизни в других регионах мира (Вишневский 2006). Выдающийся отечественный демограф Б. Ц. Урланис связал рост разрыва между продолжительностью жизни мужчин и женщин с большим потреблением последними алкоголя еще в 70-е годы (Урланис 1978). Определенную

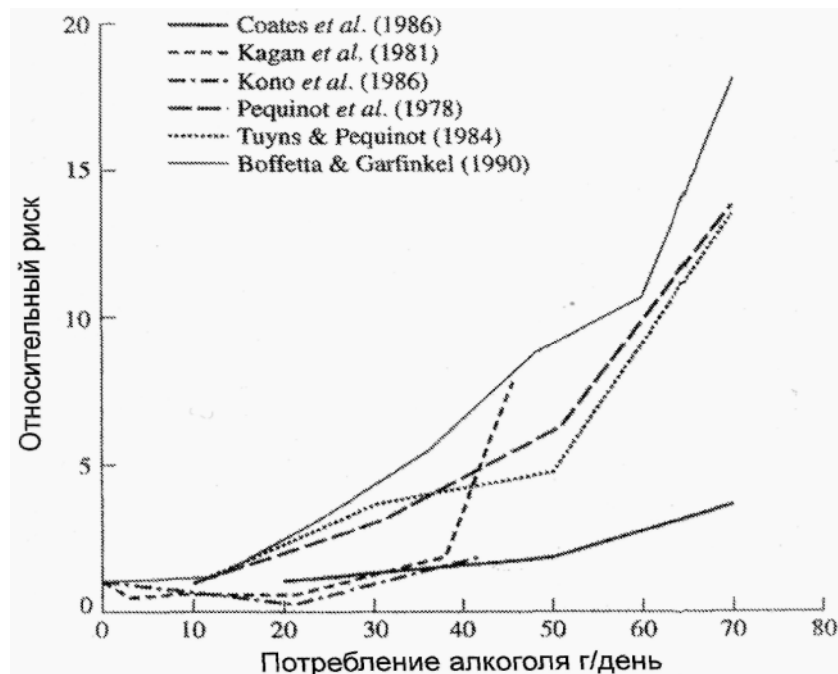
ясность внесло изучение последствий антиалкогольной кампании в Советском Союзе в 1984-1987 гг. Тогда реальное потребление алкоголя сократилось приблизительно на 27% (Немцов 2001: 8), что привело к падению смертности на 12% среди мужчин и на 7% среди женщин. Смертность от алкогольных отравлений понизилась на 56%. Смертность среди мужчин от несчастных случаев и насилия понизилась на 36%, от пневмонии на 40%, от других заболеваний дыхательной системы на 20%, а от сердечно-сосудистых заболеваний на 9%. После сворачивания антиалкогольной кампании показатели смертности, в особенности мужской, резко выросли (Leon et al. 1997). Согласно расчетам А. В. Немцова, антиалкогольная кампания спасла 1 миллион 220 тысяч жизней за 1986-1991 гг. (Немцов 2001: 14).

Как показали А. Г. Вишневский и В. М. Школьников, и в советские годы, и после перестройки основными поставщиками избыточной смертности в России являются смерти от болезней системы кровообращения и от внешних причин (случайные отравления алкоголем, убийства, самоубийства, ДТП, несчастные случаи и т.п.) (Вишневский, Школьников 1997). Эти две группы смертей вносят определяющий вклад в депопуляцию России. Оба класса причин являются алкоголезависимыми. Именно поэтому эти виды смертности особенно живо "откликнулись" на антиалкогольную кампанию, отход от нее и либерализацию производства и реализации алкоголя.

Известно, что алкоголь оказывает преимущественно негативное влияние на здоровье и продолжительность жизни человека. Согласно исследованию Мюррей и Лопеза, негативное влияние алкоголя на продолжительность здоровой жизни в современном мире уступает по силе только влиянию таких факторов, как голод и антисанитария (Murray, Lopez 1996).

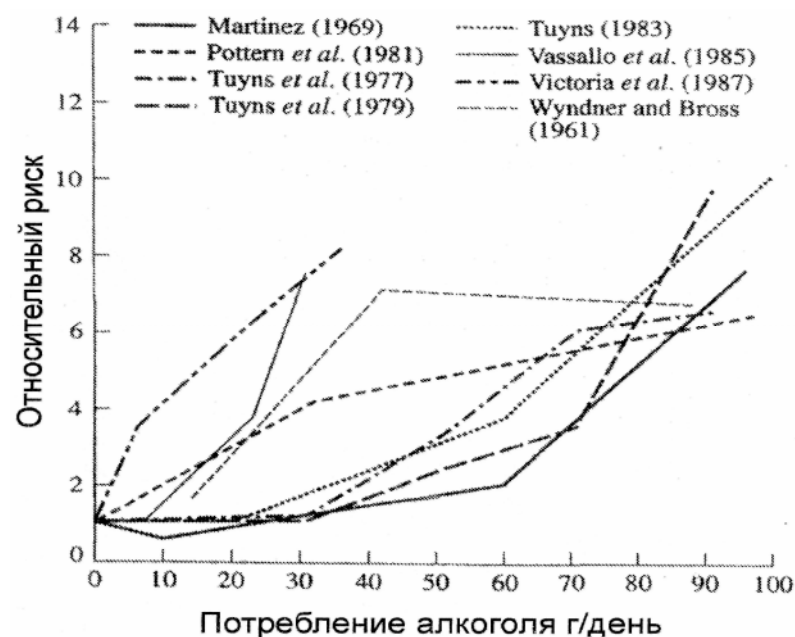
Широко известно, что потребление алкоголя увеличивает риск заболеваемости и смерти от цирроза печени и панкреатита. На Диаграмме 3.2 приведены результаты ряда исследований, проведенных в разных регионах мира с целью установить относительный риск заболевания циррозом печени в зависимости от потребления алкоголя. Риск заболеваемости для непьющих на Диаграммах 3.2-3.5 приравнивается к 1.

Диагр. 3.2. Относительный риск заболевания мужчин циррозом печени в зависимости от потребления алкоголя по данным различных исследований



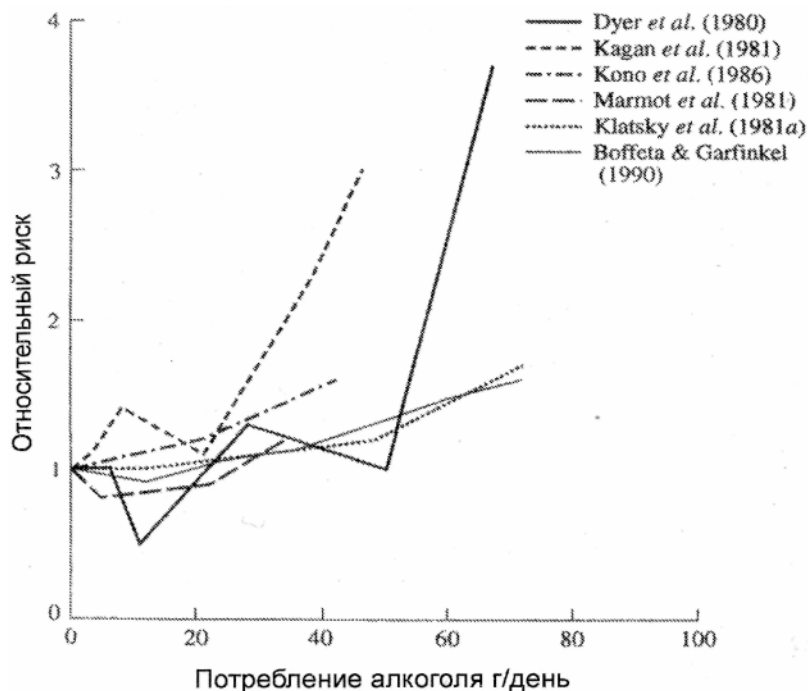
ПРИМЕЧАНИЕ: Источник: Anderson 1995: 87.

Потребление алкоголя также увеличивает риск заболеваемости и смерти от рака полости рта, горла, пищевода (Диагр. 3.3), желудка, прямой кишки, легких, молочной железы (Диагр. 3.4) и печени (Duffy, Sharples 1992; WHO 2004b: 37-38, 39, 40):



Диагр. 3.3. Относительный риск заболевания раком пищевода в зависимости от потребления алкоголя

ПРИМЕЧАНИЕ: Источник: Anderson et al. 1993; Anderson 1995: 90.



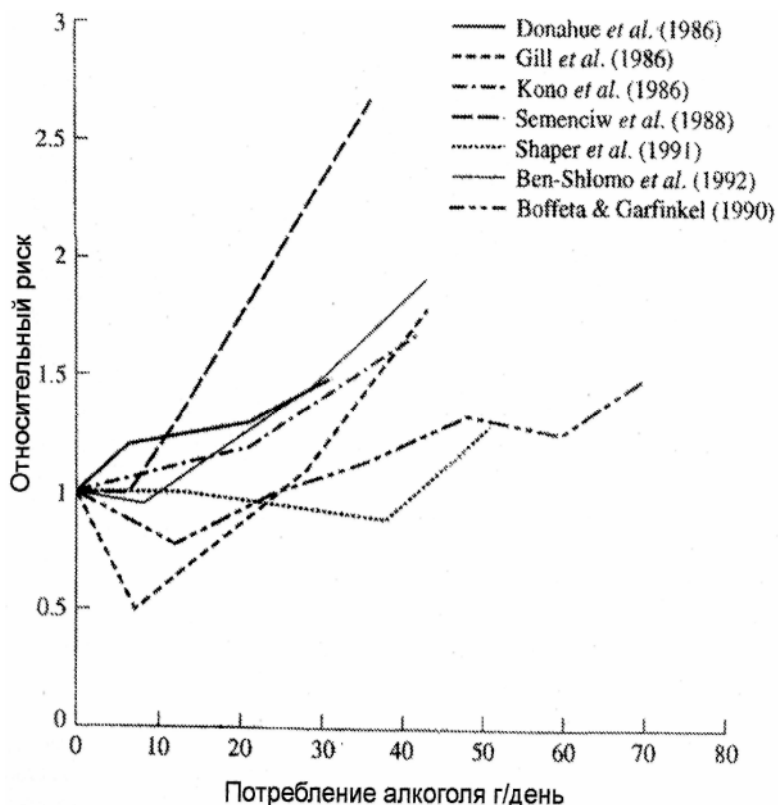
Диагр. 3.4. Относительный риск заболевания женщин раком молочной железы в зависимости от потребления алкоголя

ПРИМЕЧАНИЕ: Источник: Anderson et al. 1993; Anderson 1995: 91.

3б. Алкоголь и смертность от болезней системы кровообращения

Воздействие алкоголя на смертность от болезней органов кровообращения нелинейно. Гипотеза о положительном воздействии малых доз алкоголя (приблизительно до 20 г. спирта в день) на сердечно-сосудистую систему всерьез обсуждается в научных кругах, поскольку многие исследования показывают, что риск заболевания сердечно-сосудистыми заболеваниями выше для непьющих, чем для умеренно пьющих. Некоторые исследования не обнаруживают такой зависимости в России, Центральной и Восточной Европе (McKee, Britton 1998; Averina et al. 2005; Nicholson et al. 2005). Воздействие же более серьезных доз, как показывают многочисленные исследования, является однозначно негативным. В этом случае алкоголь увеличивает вероятность умереть от ишемической болезни сердца, повышенного кровяного давления, инсульта (Диагр. 3.5), аритмии, кардиомиопатии и тромбоза (см., например: Вирганская 1991, Anderson 1995, McKee, Britton 1998, Александр с соавт. 2003; Klatsky 2004; WHO 2004b: 38, 47-49; Averina et al. 2005).

Диагр. 3.5. Относительный риск заболевания инсультом в зависимости от потребления алкоголя по данным различных исследований



ПРИМЕЧАНИЕ: Источник: Anderson 1995: 94.

Исследования, проведенные в двух городах России, обнаружили повышенное содержание алкоголя в крови значительного процента умерших от болезней системы кровообращения (Курск: 29% мужчин, 9% женщин, 1991 г. [Тишук 1997]; Ижевск: 47% мужчин 20-55 лет, 1998- 1999 гг. [Школьников, Червяков 2000]). Под маской значительной части сердечнососудистых диагнозов в обоих случаях скрывалось алкогольное отравление, поскольку дозы алкоголя, обнаруженные в крови у ряда умерших были смертельно опасными. Согласно расчетам А. В. Немцова, ни Курская область, ни Удмуртия не являются лидерами среди регионов России по вкладу алкогольной смертности в общую (Немцов 2003б). Очевидно, что если бы подобные исследования были проведены по общероссийской выборке, то результат был бы сходным. Нередко связанными с алкоголем являются и "трезвые" смерти от болезней системы кровообращения, поскольку нанесенный алкоголем вред нередко приводит к развитию хронических заболеваний. Многие геморрагические инсульты в России спровоцированы

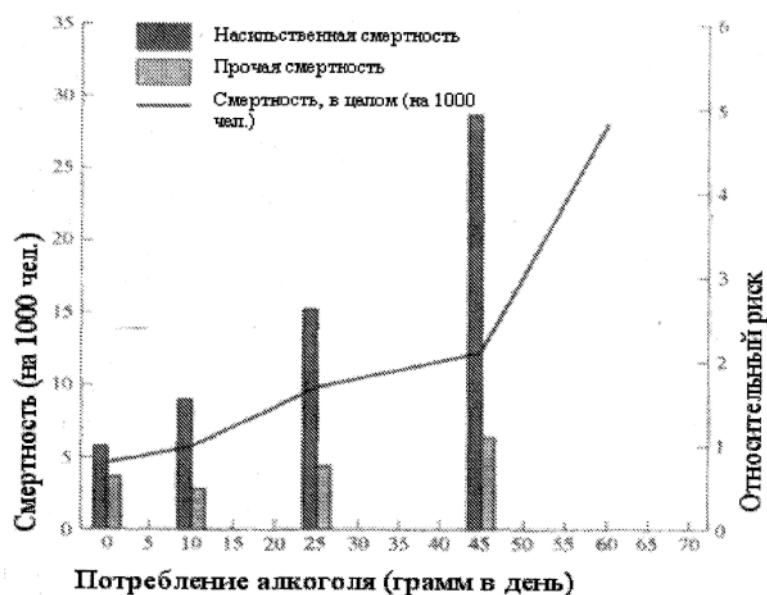
потреблением алкоголя. Такие инсульты характеризуются высокой летальностью (Klatsky 2004), но смерть может наступить через определенный срок после инсульта, и повышенный уровень содержания алкоголя в крови умершего зарегистрирован не будет.

Зв. Алкоголь и смертность от внешних причин

Огромный вклад алкоголя в смертность от внешних причин: отравлений алкоголем, убийств, самоубийств, ДТП, травм, несчастных случаев (WHO 2004b: 46-48). Даже в современных западных странах, где проблема алкогольной смертности стоит не так остро, как в России, этот фактор является мощнейшим поставщиком ничем не оправданных трагедий (Romelsjo 1995). На Диаграмме 3.5 приведены результаты лонгитюдного исследования призывников в Швеции. Данные по потреблению алкоголя фиксировались для шведских мужчин в 18-19 летнем возрасте в момент их призыва в армию. В дальнейшем исследователи фиксировали причину смерти тех из них, кто умер. Данное исследование показывает, что потребление алкоголя является мощнейшим фактором риска смерти для молодых мужчин, и, прежде всего, это касается насильственных смертей (Andreasson, Rosmelsjo, Allbeck 1988).

Вклад алкоголя в смертность от внешних причин выше, чем в смертность от сердечно-сосудистых заболеваний. По оценкам А. В. Немцова, доля алкогольных смертей в этой категории приблизительно равняется 60% (Немцов 2001: 62). Алкоголь - мощнейший фактор преступности в России (Андрienko 2001). Более половины российских убийц нетрезвы в момент убийства (Преступность и правонарушения ... 2005: 64). В нетрезвом виде погибают около 60% самоубийц, значительная часть которых не совершила бы роковой шаг, если бы не состояние опьянения (Немцов 2001).

Диагр. 3.6. Относительный риск смерти среди шведских призывников в зависимости от потребления алкоголя



ИСТОЧНИК: Andreasson, Allbeck, Rosmelsjo 1988. Данные по смертности приводятся в смертях за пятнадцатилетний период (а не в пересчете на год).

Алкоголь - главная причина высокого уровня преступности в России (Андрienko 2001), где соотношение заключенных мужчин и женщин, находящихся на воле, приблизительно равно 1:80 (Госкомстат 2003). Ежегодно десятки тысяч россиян совершают в состоянии алкогольного опьянения преступления, которые не собирались совершать или могли бы не совершить: убийства, покушения на убийства, случаи умышленного причинения тяжкого вреда здоровью, изнасилования, хулиганские выходы, грабежи, разбои, кражи, угоны машин и т.д. В 2004 г. 295379 человек были осуждены за преступления, совершенные в состоянии алкогольного опьянения, что составило 37,2% от всех преступлений (Преступность... 2005: 160).

Многочисленные "пьяные" (и в этом смысле случайные) преступления наносят огромный урон обществу. Сами же преступники расплачиваются за них не только годами неволи, но и годами своей жизни, поскольку физические и социально-психологические условия содержания в российских исправительных учреждениях не способствуют долголетию.

Что касается такого вида смерти от внешних причин, как случайные отравления алкоголем со смертельным исходом, то, как упоминалось выше, официальные данные более чем в два раза занижены, поскольку, как показываются исследования, число умерших от сердечно-сосудистых заболеваний со смертельной концентрацией алкоголя в крови превышает официальные данные по смертям от алкогольного отравления (Тишук 1997; Немцов 2001; Школьников, Червяков 2000). В результате российское общество систематически дезинформируется о масштабах смертности от алкогольных отравлений, не говоря уже о масштабах алкогольной смертности, в целом.

Широко распространено мнение, что причиной большинства алкогольных отравлений является повышенная токсичность нелегальной алкогольной продукции. При этом забывается, что этанол сам по себе - токсичное вещество, и что одномоментный прием 400 г. качественного спирта является смертельно опасным для среднестатистического человека. Токсикологические исследования показали, что основная часть потребляемого в России самогона и фальсифицированной водки не более, а в ряде случаев, менее токсична, чем качественная водка (Нужный, Савчук 2005). Исследователям, изучающим токсичность алкогольных напитков, потребляемых россиянами, представляется крайне маловероятным, что алкогольные суррогаты, изготовленные на основе денатурированных спиртов, могут выступать в качестве значимой причины высокого уровня острой алкогольной смертности (Нужный, Савчук, Тюрин, Белов 2004; Нужный, Савчук 2005). В целом, не вызывает сомнения, что именно интоксикация этиловым спиртом, а не его суррогатами - основная причина смертельных отравлений алкоголем в России (Харченко с соавт. 2005б, 2005в).

Зг. Алкогольные пики смертности россиян в выходные

Пики смертности от внешних причин и болезней системы кровообращения в России наблюдаются с пятницы по понедельник (Школьников, Червяков 2000: 53), что, без сомнения, связано с российской традицией потребления алкоголя по выходным и праздникам. В качестве иллюстрации приведем воспоминания И. Г. Никиточкина, десять лет проработавшего врачом в одной из скорпомощных больниц Москвы:

"Начиная с вечера пятницы, растет количество обращений с диагнозом 'острое алкогольное отравление' (народ начинает в пятницу вечером усиленно пить). В ночь с пятницы на субботу резко возрастает количество поступивших с травмами в результате ДТП. Т.е. люди выпили; те, которые в состоянии, садятся за руль и едут домой. По дороге разбиваются. Начиная с ночи с пятницы на субботу (где-то в районе часа - двух часов) растет количество поступивших с обострениями хронических заболеваний, прежде всего - сердечно-сосудистых."

Начиная с обеда субботы, опять растет количество острых алкогольных отравлений. В этот же период увеличивается и количество отравлений суррогатами. Т.е. народ продолжает и опохмеляется. Ближе к вечеру возрастает количество поступивших с бытовыми травмами, проще сказать - поножовщина. Т.е. напились и начали выяснять отношения. Вечером опять возрастает количество поступивших с травмами в результате ДТП. Ночь с субботы на воскресенье по своему профилю повторяет ночь с пятницы на субботу.

В воскресенье появляются пациенты в состоянии острого алкогольного психоза. Количество травм от ДТП снижается по сравнению с субботой вечером, но неамного. Ночь с воскресенья на понедельник - резкий рост поступивших с обострениями хронических заболеваний. Эта же группа, но более старшего возраста преобладает и в понедельник".

3д. Социодемографические параметры алкогольной сверхсмертности

Сверхсмертность в России концентрируется в наиболее пьющих социальных и демографических группах населения, а именно, среди лиц со средним, средним специальным, неполным средним и начальным образованием и мужчин трудоспособного возраста.

Как показывают данные Е. М. Андреева и его коллег (Школьников, Андреев, Малеева 2000; Андреев, Кваша, Харькова 2005; Андреев, Харькова, Школьников 2005; Andreev, Shkolnikov, Jasilionis, Antonova 2005), и снижение продолжительности жизни с середины 1960-х по конец 1980-х гг., и постсоветский кризис смертности концентрировались, в основном, среди лиц, занятых физическим трудом и не имеющих высшего образования (эти две категории сильно перекрываются).

Приведенные в Таблицах 3.1-3.2 данные рисуют впечатляющую картину различий в смертности между образовательными группами россиян. С демографической точки зрения можно говорить о двух разных подсоциумах. Один из них составляют россияне с высшим образованием, характеризующийся нормальной для соответствующего уровня экономического развития страны продолжительностью жизни. В этой группе продолжительность жизни достигала в 1998 г. 74,5 года среди мужчин и 83,1 лет среди женщин. Другая группа включает в себя россиян без высшего образования. Именно здесь концентрируется колоссальная российская сверхсмертность, достигающая масштабов гуманитарной катастрофы.

Таблица 3.1. Стандартизованные индексы смертности населения России в возрасте 30 лет и старше в зависимости от уровня образования. За 1000 принята смертность всего населения данного пола в 1979 г.

Период	Все население	в том числе со следующим уровнем образования		
		Высшее и незаконченное высшее	Среднее специальное и общее	Неполное среднее и ниже
Мужчины. Индексы смертности на 1000				
1979	1000	655	1157	1066
1989	834	507	727	948
1994	1232	631	1165	1444
1998	988	525	1022	1124
Изменение за период в %				
1979-1989	-17	-23	-37	-11
1989-1994	48	24	60	52
1994-1998	-20	-17	-12	-22
Женщины. Индексы смертности на 1000				
1979	1000	748	961	906
1989	879	569	736	926
1994	1085	578	912	1185
1998	949	494	861	1046
Изменение за период в %				
1979-1989	-12	-24	-23	2
1989-1994	23	2	24	28
1994-1998	-13	-15	-6	-12

ИСТОЧНИК: Андреев, Кваша, Харькова 2005.

Таблица 3.2. Ожидаемая продолжительность жизни в России в возрасте 30 лет в зависимости от уровня образования

Все население	Мужчины			Женщины		
	1988 -89	1998	Изменение	1988 -89	1998	Изменение
	37,86	35,41	-2,46	47,41	45,98	-1,43
В том числе с образованием:						
Высшим	43,30	44,50	1,20	51,71	53,10	1,38
Незаконченным высшим и средним	38,78	35,23	-3,55	49,52	47,58	-1,57
Неполным средним и ниже	35,52	31,42	-4,09	46,17	42,89	-3,52

ИСТОЧНИК: Андреев, Кваша, Харькова 2005.

Наиболее впечатляющим является то, что колоссальное неравенство образовательных групп перед лицом смертности не может объясняться преимущественно различием в доходах, так как эти различия, в основе своей, сформировались в советский период, когда "социальная политика обеспечивала отсутствие серьезных различий в доходах и уровне жизни между основными массовыми группами работающих. Это говорит об особой важности в неравенстве перед лицом смерти культурной и поведенческой составляющих" (Андреев, Кваша, Харькова 2005).

Обращает на себя внимание тот факт, что различия в смертности между образовательными группами наибольшие для тех причин смерти, которые и создают феномен российской свехсмертности: это сердечнососудистые заболевания и внешние причины (Андреев, Кваша, Харькова 2005). Эти два вида смертности, активнейшим образом откликнулись на антиалкогольную кампанию конца 1980-х и на отход от нее. Это говорит о том, что алкогольный фактор объясняет значительную часть различий между лицами с высшим образованием и без него. В России, как и во многих странах, представители менее образованных слоев населения потребляют больше и практикуют более опасные формы потребления алкоголя, чем лица с высшим образованием (Школьников, Червяков 2000). Данные опросов подтверждают наличие корреляции в предсказанном направлении (ФОМ 2002)¹.

Разумеется, причины различий в смертности между различными образовательными группами россиян не исчерпываются алкогольным фактором. Существенный вклад в повышенный уровень смертности лиц со средним и неполным средним образованием вносили и вносят менее благоприятные условия труда лиц, занимающихся физическим трудом, и повышенная концентрация этой группы в сельской местности, где меньше возможностей доступа к качественной медицинской помощи. В последнее время к этим факторам добавилось и имущественное расслоение. Надеемся, что дальнейшие исследования помогут более детально прояснить механизмы формирования дифференцированной смертности различных образовательных групп.

Другой особенностью свехсмертности в России является ее концентрация в относительно молодых и зрелых возрастах, прежде всего среди мужчин трудоспособного возраста. Некоторый свет на факторы свехсмертности проливает исследование смертей мужчин трудоспособного возраста в Москве и Удмуртии (Школьников, Червяков 2000)². Среди значимых факторов риска смерти: частота и характер потребления алкоголя, образование, работа в негосударственных организациях, семейность, удовлетворенность семейной жизнью, физическое развитие, регулярное питание, бедность (только в Москве, в Удмуртии такой зависимости обнаружено не было) и проблемы с правоохранительными органами.

Однако поистине шокирующие данные были получены в рамках этого проекта при исследовании влияния алкоголя на шансы смерти мужчин трудоспособного возраста в Удмуртии. 62% мужчин, умерших в Ижевске в возрасте 20-55 лет в 1998-1999 гг., в момент смерти имели повышенное содержание алкоголя в крови (Школьников, Червяков 2000)². Это дает представление о доле российских мужчин, умирающих в молодых и зрелых возрастах нетрезвыми и вследствие приема алкоголя (Удмуртия не является рекордсменом по алкогольным проблемам среди регионов России, это скорее нормальный для России регион, хотя ситуация там и не самая благополучная [Немцов 2003б]). Эти данные окончательно проливают свет на важнейший источник демографического кризиса в России.

Стоит только сделать поправку на то, что данные В. М. Школьников и его соавторов относятся к периоду до 1999 г., в то время как потребление алкоголя и смертность в России с тех пор растут.

Следует отметить, что наличие алкоголя в крови в подавляющем большинстве случаев не фиксируется в официальных актах о смерти (видимо, из этических соображений), что приводит к колоссальной недооценке алкогольной смертности в России (Школьников, Червяков 2000; Немцов 2001, 2003а; Харченко с соавторами 2004, 2005а).

¹ Польские исследователи также обнаружили, что алкогольная смертность в Польше, в целом, теснейшим образом связана с потреблением алкоголя в стране. Однако еще большее влияние на этот показатель оказывают пол, образование, возраст и тип поселения (Wojtyniak, Moskalewicz, Stokwiszewski, Rabczenko 2005).

² Данные взяты из судебно-медицинских экспертиз. В выборку не попали мужчины, умершие от новообразований и инфекционных заболеваний и неустановленных причин смерти. Отметим, что и эти причины смерти в ряде случаев могут быть связаны с алкоголем (WHO 2004b).

Глава 4. Влияние на смертность различных видов алкогольных напитков

Потребление алкогольных напитков варьирует от совсем незначительного в беднейших африканских и глубоко исламизированных странах до 15-20 литров чистого алкоголя (спирта) в год на взрослого человека в ряде европейских стран, на островах Карибского бассейна и в некоторых туристических странах.¹

Согласно данным Всемирной Организации Здравоохранения, в России на душу населения в 2001 г. потреблялось 10,7 литров чистого алкоголя в год (WHO 2005), однако на самом деле этот показатель выше, поскольку огромная доля теневого сектора на алкогольном рынке с трудом поддается исчислению. По мнению экспертов, реальное потребление алкоголя в России достигает 14,5 литров спирта на душу населения (Демин, Демина 1998: 15) или приблизительно 180 бутылок водки в год на взрослого мужчину (Немцов 2001: 7).

В ряде стран аналогично высокий уровень потребления алкоголя не сопровождается аномально высокой смертностью. Среди этих стран Португалия, Ирландия, Чехия, Франция, Германия, Австрия. Причина этого кроется в том, что разные виды алкогольной продукции воздействуют на организм по-разному, и главным фактором риска являются не специфические свойства ингредиентов напитка, а соотношение спирта и воды (и в этом смысле алкогольный коктейль из водки и лимонада сопоставим с крепким пивом, но не с водкой как таковой). Характерно, что большинство стран, где наблюдалась сверхсмертность и демографические "кресты", - это водочные страны: Россия, Белоруссия, Украина и страны Балтии.

Как показывают исследования, одномоментный прием тех же самых доз этанола в виде крепких и слабых напитков, очевидно, оказывает сходное токсическое воздействие (Нужный с соавт. 2003). Однако крепость напитка в значительной степени определяет и культуру его потребления.

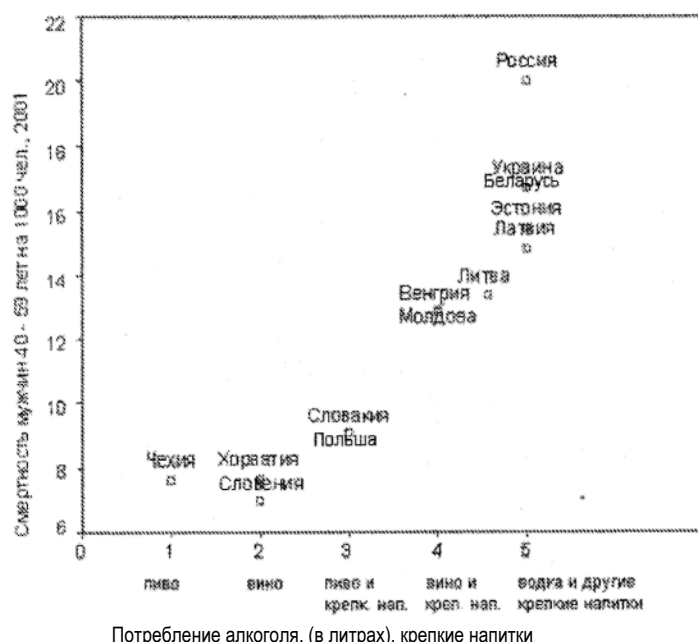
Высокое содержание этанола в относительно небольшом объеме крепких напитков приводят к тому, что доза, которая естественным образом выпивается за вечер в компании, зачастую приводит к сильной интоксикации, которая является опасным для организма и жизни человека состоянием.

Эксперимент, проведенный В. П. Нужным и его соавторами, показывает еще один потенциальный механизм влияния именно водочной интоксикации на смертность. При экспериментальном потреблении добровольцами одинакового в спиртовом эквиваленте количества водки, пива и джин-тоника было замечено, при потреблении пива и джин-тоника максимум опьянения наступал через полчаса после завершения приема алкоголя. При потреблении того же количества этанола в виде водки максимум опьянения наступал через 90-150 минут (Нужный с соавт. 2003). На бытовом уровне это может означать ситуацию, при которой человек, пьющий водку, не чувствуя, что выпил предельную для его безопасности дозу, в течение часа и более продолжает потреблять алкоголь, достигая действительно сильной алкогольной интоксикации.

Сильная алкогольная интоксикация не только способствует неадекватному поведению, но и является мощным стрессом для организма, и, в особенности, сердечно-сосудистой системы.

Зависимость между крепостью наиболее популярного вида напитков и смертностью мужчин 40-59 лет в странах бывшего социалистического блока с уровнем потребления алкоголя более 8 литров спирта на человека в год (пороговый уровень, превышение которого считается критическим для страны) хорошо видна на Диаграмме 4.1.

Диагр. 4.1. Смертность мужчин 40-59 лет в постсоциалистических странах с потреблением алкоголя более 8 л. на душу в год в зависимости от наиболее популярного типа напитков²



Отметим, что даже небольшой сдвиг преимущественно водочной Литвы в сторону пива и вина привел к заметно меньшей по сравнению с Эстонией и Латвией смертности не только среди мужчин 40-59 лет, но и в целом. Это хорошо соотносится с наименьшим из трех стран уровнем связанных с алкоголем ДТП, и с меньшим уровнем смертности от алкогольных отравлений (WHO/Europe 2006)³.

Существует множество исследований, подтверждающих связь между потреблением алкоголя и уровнем самоубийств (см., например: Palola et al. 1962; Andreasson, Allebeck, Rosmeljo 1988; Skog 1991; English 1995; Rosmeljo 1995: 126-128; Немцов 2001, 2003a, 2003b; Rossow, Pernaen, Rehm 2001; WHO 2004b: 39-42).

Если в свое время лидерами по числу самоубийств были Швеция и Финляндия, а позже Венгрия (как раз тогда, когда эти страны испытывали острые алкогольные проблемы), то в настоящее время лидируют постсоветские европейские страны водочного пояса.

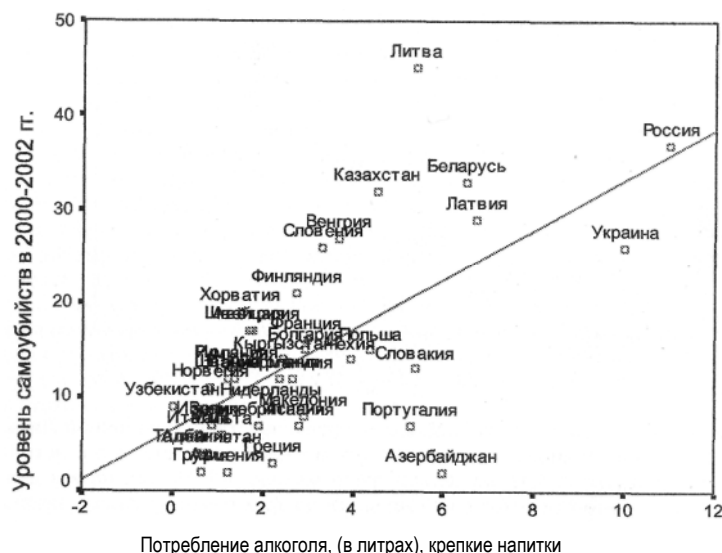
На уровне кросс-национальной выборки европейских и центрально-азиатских стран мы наблюдаем достаточно сильную корреляцию между потреблением крепких алкогольных напитков и уровнем самоубийств на 100 тыс. чел. в 2000-2002 г. (Диагр. 4.2).

¹ В данном случае в литрах измеряется не сам объем потребляемых алкогольных напитков, а объем содержащегося в них спирта. Таким образом, один литр чистого алкоголя соответствует, например, 5 пол-литровым бутылкам водки, 20 бутылкам 10-градусного вина или 50 бутылкам 4-градусного пива.

² Источник данных по смертности среди мужчин 40-59 лет: UNICEF 2004.

³ Для Эстонии данные по смертности от алкогольных отравлений приведены в формате, не сопоставимом с латвийскими и литовскими.

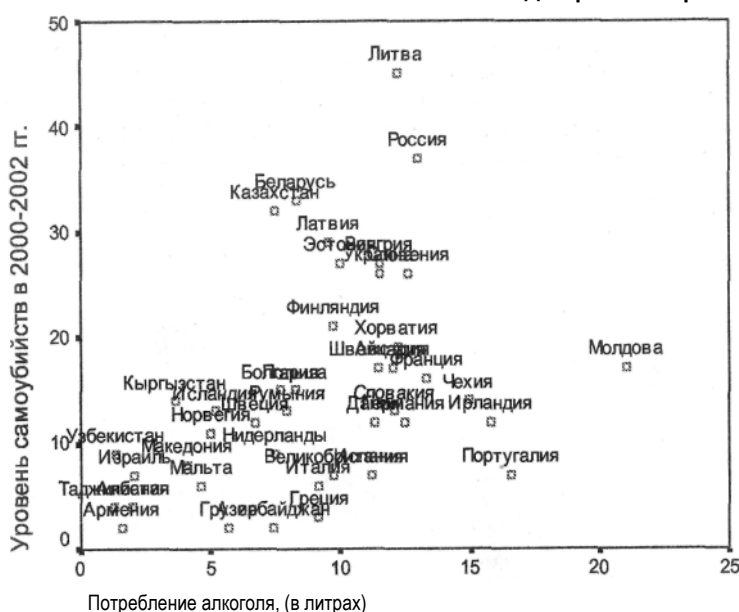
Диагр. 4.2. Потребление крепких алкогольных напитков и уровень самоубийств в 2000-2002 г. ⁴



ПРИМЕЧАНИЕ: $r = + 0,64$; $a = 0,00004$.

В то же время корреляция между абсолютным уровнем потребления алкоголя и уровнем самоубийств значительно слабее (см. Диагр. 4.3):

Диагр. 4.3. Потребление алкоголя и уровень самоубийств в 2000-2002 г. ⁵



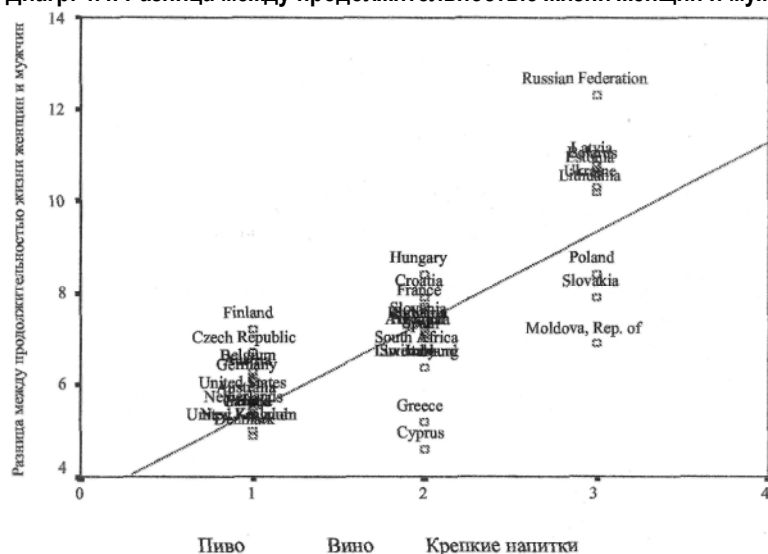
ПРИМЕЧАНИЕ: $r = +0.39$; $a = 0.005$.

Продолжительность жизни определяется целым рядом факторов, включая уровень жизни, качество медицинского обслуживания, экологическую ситуацию, психологические факторы и т.д. Эти факторы, очевидно, воздействуют сходным образом и на мужчин, и на женщин, в то время как мужчины потребляют намного больше алкоголя, чем женщины. Поэтому воздействие разных видов алкоголя на уровень смертности должно отражаться не только на показателе продолжительности жизни, но и (с особой силой) на показателе разницы между продолжительностью жизни женщин и мужчин.

На Диаграмме 4.4 представлено распределение этого показателя в промышленно развитых странах "пивного", "винного" и "водочного" (крепкоалкогольного) поясов (взяты только "пьющие" страны, где население

потребляет более 8 литров чистого алкоголя в год на душу населения). Страны классифицированы по полюсам в зависимости от того, на какой из видов алкогольной продукции приходится наибольшее потребление алкоголя в спиртовом эквиваленте:

Диагр. 4.4. Разница между продолжительностью жизни женщин и мужчин в промышленно-развитых странах с уровнем потребления более 9 литров алкоголя в год на душу населения в зависимости от основного вида алкогольных напитков



ПРИМЕЧАНИЕ: $p = 0,79$; $a = 0,000000001$.

Из Диаграммы 4.4 отчетливо видно различие между пивным, винным и, условно говоря, водочным поясом по показателю разницы между продолжительностью жизни женщин и мужчин. Напомним, что в непьющих мусульманских странах с развитой системой здравоохранения разница между продолжительностью жизни женщин и мужчин составляет 3-5 лет, что, вероятно, близко к естественной биологической разнице.

В странах пивного пояса этот разрыв, в среднем, равняется шести годам. Несколько выше он в Финляндии и Чехии, где население предпочитает пиво, но также

⁴ Источник данных по уровню самоубийств: WHO/Europe 2006.

⁵ Источник данных по уровню самоубийств: WHO/Europe 2006.

потребляет и крепкие напитки в количестве более 3 литров чистого алкоголя на душу населения в год.

В промышленно-развитых странах винного пояса средний разрыв между мужской и женской продолжительностью жизни составляет около 8 лет.

Наименьшим этот показатель является в Греции и на Кипре, где, возможно, данные по потреблению алкоголя гражданами этих стран завышены, поскольку значительную часть продаваемых алкогольных напитков потребляют туристы. Наибольшим этот разрыв в винном поясе является в Венгрии, где крепкие напитки, хоть и в меньшей степени, чем вино, но все же весьма популярны среди населения. Эти данные показывают, что вино, потребляемое в значительных количествах, наносит больший вред здоровью, чем пиво. Это представляется логичным, поскольку вино имеет большее процентное содержание алкоголя, чем пиво, хотя и противоречит широко распространенному в России заблуждению о безусловной пользе вина.

Наконец, наибольший разрыв между продолжительностью жизни женщин и мужчин наблюдается в "водочном" поясе, где среднее значение этого показателя превышает 10 лет. Исключение составляют Польша и Словакия, где пивная компонента в структуре потребления алкогольных напитков на конец 1990-х-начало 2000-х была сопоставима с "водочной" и имеет тенденцию к ее замещению. Другим исключением является традиционно винодельческая Молдавия (в связи с чем данные ВОЗ вызывают сомнения), где, впрочем, данные за 2003 г. фиксируют некоторый подскок смертности (World Bank 2004). Печальное "лидерство" по этому показателю сохраняется за Россией, где разрыв между средней продолжительностью жизни женщин и мужчин в 2001 г. составляла 12 лет, а к настоящему моменту порядка 14 лет.

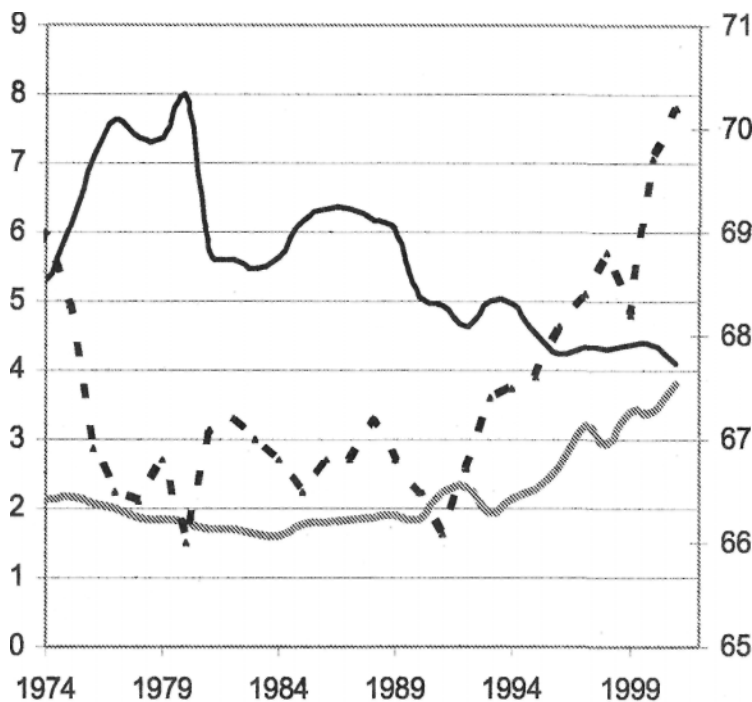
Коэффициент корреляции Спирмана между наиболее популярным видом алкогольных напитков и разрывом между продолжительностью жизни женщин и мужчин равняется 0,79. Это означает, что обнаруженная нами зависимость объясняет более 60% ($0,792^2 = 0,6241$) всей дисперсии данных. Результаты анализа указывают на то, что алкоголь является важнейшим фактором мужской смертности в промышленно-развитых странах, причем огромное значение имеет крепость потребляемых алкогольных напитков. Вино имеет более высокое процентное содержание алкоголя, чем пиво, и, очевидно, является более вредным для здоровья, а крепкие алкогольные напитки (водка, горилка, самогон, грабка, ракия, палинка и т.д.) особо вредны для здоровья и опасны для жизни.

Итак, снижение смертности в России возможно только при условии отказа россиян от массового потребления водки и самогона. Прецедентов этому в истории было достаточно много, так как через процесс отказа от крепких алкогольных напитков в качестве наиболее популярного способа потребления алкоголя прошли практически все североевропейские страны. В большинстве случаев снижение доли водки и других крепких напитков означало вытеснение ее более слабыми напитками, прежде всего пивом и вином.

Процесс перехода с крепких алкогольных напитков на пиво и вино, как правило, сопровождается снижением связанных с алкоголем проблем и смертности. Так, Финляндии не удалось добиться существенного роста продолжительности жизни вплоть до введения в середине 1970 гг. очень высоких цен на водку, которые привели к снижению потребления водки (Вишневский, Кваша, Харькова 2005) (которое, впрочем, никогда не достигало современного российского уровня) (WHO 2005).

Недавний пример перехода населения страны с водки на пиво представляет собой Польша (Вишневский, Кваша, Харькова 2005). На Диагр. 4.5 представлена динамика продолжительности жизни мужчин, потребления водки и пива в Польше (потребление вина в этой стране традиционно невелико).

Диагр. 4.5. Динамика потребления водки, пива (л/чел./год) и продолжительн. жизни мужчин в Польше в 1974-2001 гг.



ПРИМЕЧАНИЕ: Источники данных: WHO 2004, 2005; World Bank 2004.

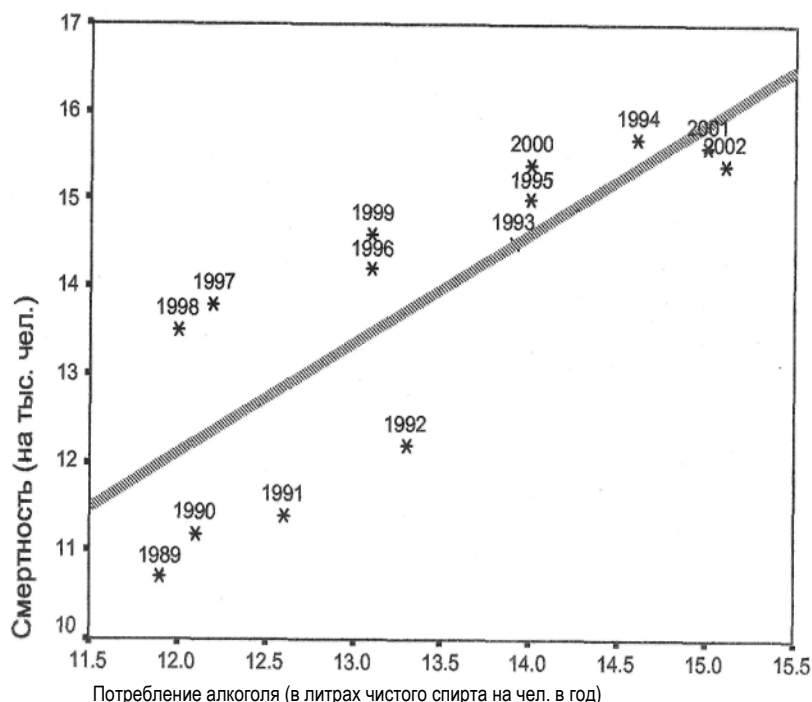
Как мы видим, потребление водки и продолжительность жизни мужчин в последние десятилетия в Польше находились практически в противофазе друг другу. Замещение водки пивом в структуре потребления способствовало существенному росту продолжительности жизни поляков.

Процессы, происходящие в наши дни в странах Балтии, подтверждают наличие зависимости между потреблением водки (а также других крепких напитков) и смертностью. Латвия, Литва и Эстония — традиционно водочные страны. Однако в настоящее время потребление пива в Эстонии и Латвии растет, а потребление водки снижается (Euromonitor 2004a, 2004b) вместе с показателями смертности, в то время как в Литве потребление водки (Euromonitor 2004c) и смертность растут, по всей видимости, в связи с неудачной алкогольной политикой государства.

Глава 5. Алкогольная смертность в России: анализ и обзор оценок

Анализируя данные, мы наблюдаем сильнейшую положительную корреляцию между среднелетним потреблением алкоголя (экспертные оценки А. В. Немцова) и уровнем смертности в России (см. Диагр. 5.1 и Статистический комментарий).

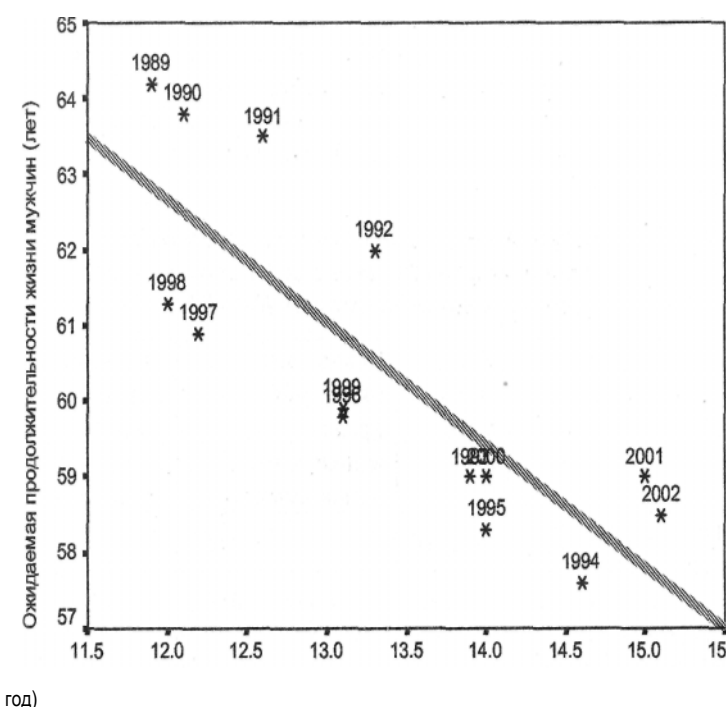
Диагр. 5.1. Корреляция между потреблением алкоголя (в литрах чистого спирта на чел. в год) и общим коэффициентом смертности (в ‰) для России 1989-2002 гг.



ПРИМЕЧАНИЕ: $r = + 0,8$; $a = 0,001$. Источники данных - Немцов 2003б; World Bank 2004.

Еще более сильна отрицательная корреляция между потреблением алкогольных напитков и ожидаемой продолжительностью жизни мужчин (см. Диагр. 5.2):

Диагр. 5.2. Корреляция между потреблением алкоголя (в литрах чистого спирта на чел. в год) и ожидаемой продолжительностью жизни мужчин (в годах) для России 1989-2002 гг.



ПРИМЕЧАНИЕ: $r = + 0,8$; $a = 0,001$. Источники данных - Немцов 2003б; World Bank 2004.

Предсказуемым образом отрицательная корреляция между потреблением алкогольных напитков и ожидаемой продолжительностью жизни женщин чуть менее сильна ($r = - 0,759$; $a = 0,002$).

Данная закономерность прослеживается и для стран бывшего Советского Союза в целом. Именно рост потребления алкоголя оказывается здесь главным коррелятом роста смертности в начале 1990-х гг. Отметим, что для ряда стран в нашем распоряжении отсутствуют точные прямые данные по динамике потребления алкоголя. Материалы соответствующей базы данных Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) не являются достаточно достоверными, что признают и сами ее создатели (WHO 2005). Однако в нашем распоряжении имеются неплохие косвенные индикаторы уровня

алкоголизации - данные по числу зарегистрированных (на 100 тыс. чел. в год) случаев заболевания алкогольными психозами (Health for All 2005). Согласно правилу Ледерманна-Скога, увеличение или падение потребления алкоголя сопровождается ростом потребления алкоголя среди всех когорт потребителей алкоголя, включая тяжелых алкоголиков, которые чаще всего и заболевают алкогольными психозами (Ledermann 1956; Skog 1985). Поэтому показатель заболеваемости алкогольными психозами используется в качестве индикатора уровня алкогольных проблем в стране (Немцов 2001, 2003).

Как показывает Табл. 5.1, для стран бывшего Советского Союза именно рост числа случаев заболевания алкогольным психозом (а значит, и рост потребления алкоголя), а не экономический спад является наиболее надежным предиктором роста общей смертности (см. Статистический комментарий):

Табл. 5.1. Корреляции между показателями динамики уровня смертности, экономического развития и потребления алкоголя в 1990-1994 гг.

		Рост смертности (в %)	Сокращение ожидаемой продолжительности жизни мужчин	Сокращение ожидаемой продолжительности жизни женщин
Рост случаев заболевания алкогольными психозами (на 100 тыс. чел.)	r	+ 0,800	+ 0,652	+ 0,359
	a	0,002	0,022	0,251
	N	12	12	12
Сила экономического спада (сокращение производства ВВП в %)	r	-0,325	-0,220	+ 0,018
	a	0,237	0,431	0,949
	N	15	15	15

Как мы видим, рост потребления алкоголя оказывается также надежным предиктором сокращения продолжительности жизни мужчин (но не женщин). С другой стороны, сила экономического спада коррелирует в предсказанном "экономоцентрической гипотезой" направлении только с уменьшением ожидаемой продолжительности жизни женщин, но и в этом случае крайне слабо и статистически незначимо. Направление же корреляции с ростом смертности и сокращением продолжительности жизни мужчин оказывается прямо противоположным предсказанному "экономоцентрической гипотезой" (и при этом отрицательная корреляция между силой экономического спада и ростом смертности оказывается даже маргинально значимой статистически при одностороннем тесте значимости). Конечно же, это лишний раз показывает, что рост потребления алкоголя является главным фактором роста смертности на постсоветском пространстве.

По подсчетам А. В. Немцова, каждая третья смерть в России имеет прямой или косвенной причиной алкоголь (Немцов 2001, 2003б), и это именно та треть, на которую смертность в России больше, чем рождаемость, и которая приводит к прогрессирующему вымиранию россиян.

Согласно расчетам А. В. Немцова, в России в 1990-2001 гг., в среднем, с алкоголем были связаны 72,2% убийств, 42,1% самоубийств, 52,6% смертей от других внешних обстоятельств, 67,6% смертей от циррозов печени, 60,1% смертей от панкреатитов, 23,2% смертей от сердечно-сосудистых заболеваний и 25,0% других смертей (Немцов 2003а, 2003б: 62). Абсолютные потери оцениваются исследователем от 500 (Немцов 2003б: 5) до 750 тыс. в год (Немцов 2001), а потери за 1990-е гг. более, чем в 7 миллионов человеческих жизней (Немцов 2001).

Некоторые исследователи оценивают уровень алкогольной смертности в России несколько ниже. Отметим, что и с научной, и с общественной точек зрения сложно переоценить как вклад А. В. Немцова в разработку данной проблематики, так и продолжение этой работы другими исследователями. Так или иначе, все серьезные исследования указывают на то, что алкогольная смертность в России носит характер гуманитарной катастрофы, уносящей сотни тысяч ежегодно, и вносящей мощнейший вклад в демографический кризис в России.

Б. А. Ревич оценивает уровень алкогольной смертности в 324 тысячи смертей в год. В эту цифру входит смертность от алкогольных отравлений, циррозов, связанных с алкоголем случаев рака и болезней органов кровообращения (Ревич 2005). Следует отметить, что к потерям от этих заболеваний должны быть прибавлены колоссальные алкогольных потери от внешних причин: травматизма, несчастных случаев, убийств, самоубийств, ДТП и т. п. Эти потери составляют в России более 320 тыс. в год, и не менее половины этих смертей связаны с алкоголем (Немцов 2001). Так, среди мужчин 20-55 лет, умерших в Ижевске в 1998-1999 гг. от внешних причин, 52,3% имели концентрацию алкоголя в крови более 1,5% (Школьников, Червяков 2000: 119). К сожалению, авторы не указывают на по определению более высокий процент умерших от внешних причин с концентрацией алкоголя в крови более 0,3%, что дало бы более полное представление о вкладе алкоголя в смертность от внешних причин. Следует также учитывать определенный процент потерь от других заболеваний, связанных с алкоголем, в частности тех, которые "откликнулись" на антиалкогольную кампанию и отход от нее: болезни органов дыхания, панкреатит и т.д.

В. И. Харченко с соавторами критикуют расчеты А. В. Немцова и оценивают алкогольную смертность в России в 15,7% от всех умерших в 2001 году или 315-393 тыс. (Харченко с соавт. 2004, 2005а). Эти исследователи предлагают рассчитывать алкогольную смертность исходя из численности когорты лиц, больных алкоголизмом и злоупотребляющих алкоголем, в то время как "у трезвенников связи между потреблением алкоголя и смертностью нет никакой, у мало и умеренно пьющих эта связь очень слабая и скорее всего случайная" (Харченко с соавт. 2004, 2005а).

Однако потребление алкоголя имеет логнормальное или близкое к тому распределение (Ledermann 1956; Skog

1985), а значит, наиболее многочисленную когорту в обществе образуют умеренные потребители алкоголя. Хотя индивидуальные риски тяжелого алкоголика выше, чем риски умеренно пьющего, большинство страдающих от ряда алкогольных проблем - это именно умеренно пьющие, поскольку их значительно больше, чем злоупотребляющих алкоголем (Krietman 1986; Cherpitel 1993). Это обстоятельство является причиной существования "парадокса профилактики" (prevention paradox) в эпидемиологии алкогольных проблем и заболеваний¹: фокусирование профилактики ряда алкогольных проблем на когортах лиц, злоупотребляющих алкоголем, значительно менее эффективно, чем политика, направленная на снижение потребления алкоголя в обществе, в целом (Krietman 1986; Lemmens 1995: 54-57; Rossow, Romelsjo 2006).

Общества с либеральной алкогольной политикой и либеральным отношением к алкоголю, к которым на данный момент относится Россия, вообще характеризуются расширенным риском умеренно пьющих по сравнению с более "сухими" обществами (Skog 1991b; Аасланд 2000).

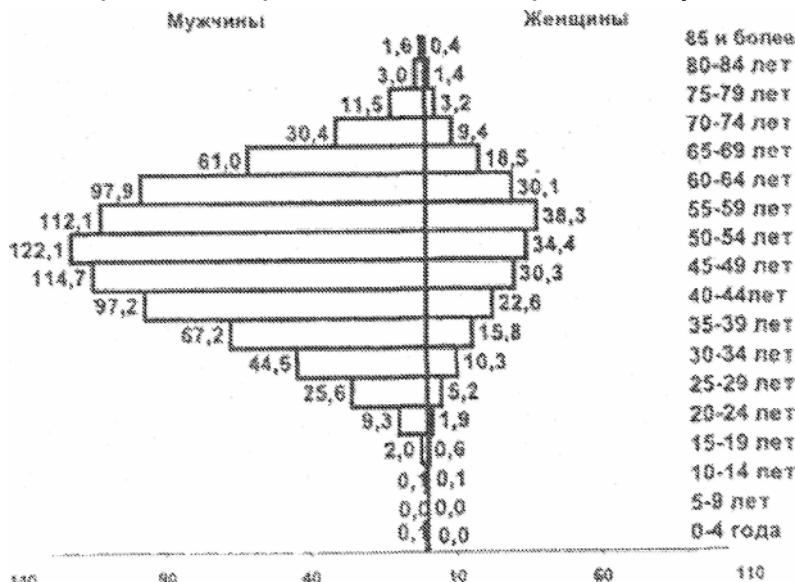
Таким образом, оценки В. И. Харченко и его соавторов должны быть скорректированы с учетом алкогольной смертности среди умеренно пьющих.

В. И. Харченко и его соавторы дифференцированно подходят к расчету алкогольной смертности в различных возрастных когортах, отмечая, что алкогольная смертность концентрируется среди лиц 15-65 лет. Действительно алкогольная смертность среди несовершеннолетних и пенсионеров должна быть значительно ниже, чем среди лиц трудоспособного возраста. Однако полностью не учитывать алкогольную смертность среди лиц старше 65 лет нельзя.

Отметим, что смертность пенсионеров-мужчин старше 65 лет выросла в России в кризисный период 1990-1994 гг. значительно сильнее, чем среди женщин, и разрыв этот заметно больше, чем в других постсоциалистических странах (WHO 2006). Так, в Узбекистане смертность среди женщин 65-74 лет вообще выросла сильнее, чем среди мужчин той же возрастной группы. Наводит на определенные размышления и тот факт, что основные тренды смертности среди пенсионеров в России совпадают с динамикой потребления алкоголя: резкий рост с 1990 по 1994 г., падение с 1995 по 1998 г. и дальнейший рост с 1999 г.

Есть и прямые доказательства наличия значительного количества алкогольных смертей среди людей после-пенсионного возраста. На Диаграмме 5.3. изображено распределение смертности от случайных отравлений алкоголем (на 100 тыс. чел) в 2002 г.

Диагр. 5.3. Половозрастные показатели смертности от случайного отравления (воздействия) алкоголем в 2002 году (число умерших на 100 тысяч населения)



ИСТОЧНИКИ: Минздрав РФ 2003: 187; Харченко с соавт. 2005б, 2005в.

Мы видим, что смертность от алкогольных отравлений (которая может рассматриваться в качестве индикатора общей алкогольной смертности) среди 65-69-летних приблизительно такая же, как и среди 35-39 летних, да и в более старших группах такого рода смертность присутствует, хотя ее значение с возрастом снижается. Нет сомнения, что пенсионеры пьют меньше, чем люди трудоспособного возраста, однако негативное воздействия алкоголя на организм пожилого человека значительно сильнее, чем

в молодом возрасте. Кроме того, непьющие, но злоупотреблявшие алкоголем в прошлом пенсионеры имеют повышенные шансы умереть из-за вреда, нанесенного этого привычкой организму ранее. Следовательно, к оценкам алкогольной смертности В. И. Харченко и соавторами (315-393 тыс. в 2001 г.) следует прибавить жертв алкогольной смертности среди лиц старше 65 лет.

Среди сильных сторон аргументации В. И. Харченко и соавторов можно выделить следующее положение:

"Из выступления по радио «Маяк» 31 марта 2004 года руководителя впервые созданной в стране Федеральной службы Госнарконоконтроля А.Г. Михайлова: 'Численность наркоманов в России за последние 10 лет возросла в 9 раз и составила около 4 млн. человек, в той или иной степени приобщенных к потреблению наркотиков (для сравнения: в США за это же время число наркоманов сократилось с 25 млн. человек до 12 млн. человек). Из них ежегодно 70 тысяч умирают от передозировки наркотиков, а вместе с санитарными потерями их число составляет 200 тысяч человек'. Но если 700 тысяч составляет, по данным А.В. Немцова, алкогольная смертность и 200 тысяч составляет смертность от наркотиков (в сумме 900 тысяч человек), то из общего числа умерших в 2002 году в возрасте 18-70 лет (1119567 человек) смертность от этих двух причин смерти составит 80,4%" (Харченко с соавт. 2004, 2005а).

Действительно, значительная часть российской сверхсмертности, в особенности среди молодежи, приходится на долю наркомании, и это потери в одномерном регрессивном анализе А. В. Немцова теоретически могли быть зачтены как алкогольные.

Проблема вклада алкогольной и наркотической смертности в сверхсмертность россиян требует дальнейших эмпирических и аналитических исследований, детализации масштабов алкогольной смертности в различных возрастных категориях и в различные периоды, привлечения для сравнения материалов по другим странам. Так или иначе, на данный момент можно сказать, что алкогольная и наркотическая смертность приняли аномальный размах в России и в совокупности вносят решающий вклад в современную демографическую катастрофу.

¹ В первую очередь это касается травматизма и смертности от внешних причин.

Глава 6. Опиаты и амфетамины - мощнейшие факторы сверхсмертности среди молодежи

Алкогольная смертность, принявшая характер гуманитарной катастрофы, сосуществует в России с другой угрозой - эпидемией наркомании.

Каковы же масштабы наркотической смертности в России? Достаточно сложно оценить потери, которые несет Россия в результате эпидемии наркомании. Как и алкогольная смертность, смертность наркотическая в большинстве случаев скрывается за другими диагнозами. Общие потери среди российской молодежи 15-34 лет в 2002 г. составили 125 тыс. человек (WHO 2006). Сравнение показателей смертности среди молодежи в России и других постсоциалистических странах говорит об абсолютно аномальной ситуации в России (UNICEF 2004, см. Приложение 1). Совершенно очевидно, что большая часть потерь среди российской молодежи приходится на алкогольную и наркотическую смертность.¹

Однако определенный вклад вносят и другие причины смерти - не имеющие отношения к алкоголю и наркотикам несчастные случаи и болезни. В то же время, большинство наркотических смертей приходится на 15-34-летних. Тем не менее, определенный ущерб наркомания наносит и представителям и более старших возрастов, на которые приходится часть потерь от заболеваний крови (ВИЧ/СПИД, вирусные гепатиты и т.д.), получивших широкое распространение благодаря инъективной наркомании, потери по здоровью среди бывших пользователей наркотиков, а также потери среди родственников и близких наркоманов в результате постоянного стресса. Скорее всего, потери от наркомании в России составляют несколько менее 100 тыс. в год. Так как это потери приходится на молодые, репродуктивные возраста, наркомания является достаточно мощным деструктивным фактором демографического развития.

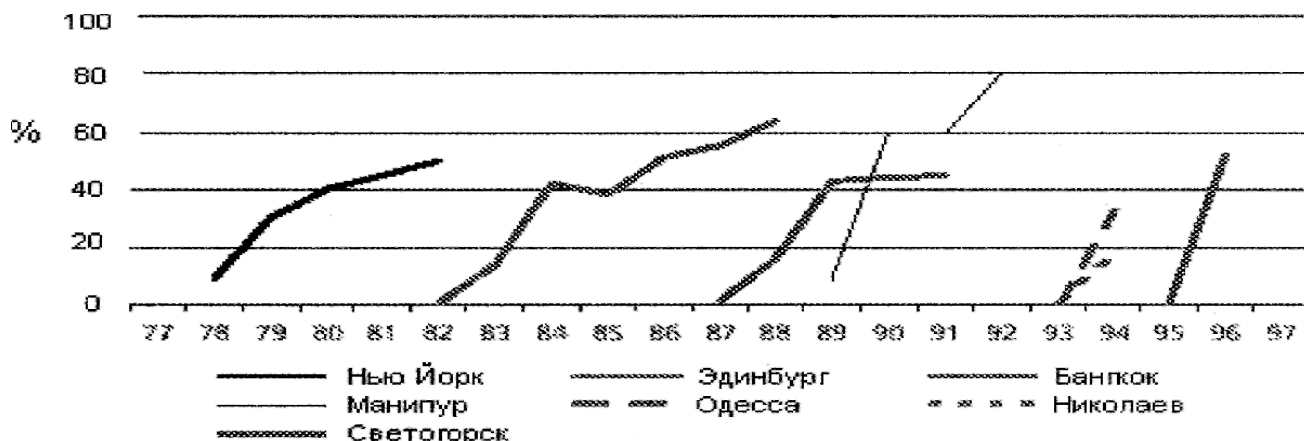
С точки зрения смертоносности особо выделяются наркотики, вводимые инъекционным путем. Хотя все наркотики так или иначе разрушают организм человека и увеличивают его шансы умереть рано, смертность от инъективных наркотиков особенно высока.

Зависимость от инъективных наркотиков вырабатывается чрезвычайно быстро, в среднем, после одной - пяти инъекций, а от амфетаминов еще быстрее, и крайне тяжело поддается излечению. Наркологические клиники добиваются лишь того, что от 6%-7% (оценка ВОЗ) до 20%-30% (оценка А. В. Надеждина) прошедших курс лечения не возвращаются к наркотикам в течение одного года. Многие из них возвращаются к наркомании в последующие годы.

Снижение приятных ощущений от наркотиков по мере увеличения срока приема наркотиков заставляет увеличивать дозу, в результате чего заметная часть наркоманов умирает от передозировки. С каждой дозой наркоман вводит в свой организм растворитель, который разлагает все его органы. Значительная часть инъективных наркоманов в России ВИЧ-инфицированы (а большинство ВИЧ-инфицированных - наркоманы, хотя их доля снижается благодаря выходу эпидемии за пределы сообщества наркоманов). На Диагр. 6.1. представлена динамика эпидемий ВИЧ/СПИДа в городах мира, в том числе в Светогорске (линия справа).

Диагр. 6.1. Вспышки эпидемии ВИЧ/СПИДа среди инъективных наркоманов в городах мира

ИСТОЧНИК: United Nations 2004.



Среди наркоманов распространены также другие болезни крови (например, вызываемые вирусными гепатитами), существенно снижающие продолжительность жизни. В результате средняя продолжительность жизни наркомана, употребляющего героин, не превышает 7 лет с начала попадания в наркотическую зависимость. Фактически, большинство наркоманов обречены на раннюю смерть.

Если по потреблению наркотиков, в целом, Россия, к счастью, отстает от стран Запада, то по потреблению наиболее смертоносных инъективных наркотиков страна занимает печальное лидерство (United Nations 2004, vol. 2: 195-208). Согласно данным общероссийского опроса молодежи, проведенного Министерством образования России по репрезентативной выборке в 2002 г., не менее 4,2% россиян 11-24 лет пробовали в течение года героин, а 0,8% - препараты амфетаминовой группы. При этом подавляющее большинство пробовавших эти наркотики употребляли их не менее двух раз в месяц (Шереги, Арефьев 2003). Стоит иметь в виду, что далеко не все наркозависимые готовы признаться в ходе опроса, что принимают наркотики. Вклад в наркотическую смертность вносят не только инъективные наркотики, но и все остальные. Таким образом, около 5% российской молодежи обречены умереть в молодом возрасте, не оставив детей, только в результате наркомании. И хотя от водки и самогона в России умирает на порядок большее количество человек, чем от наркотиков, наркомания выбивает заметную часть молодежи, т.е. как раз той части общества, которая обладает наибольшим репродуктивным потенциалом, а потому она также является одной из основных угроз демографическому развитию России.

¹ Динамика смертности почти всех взрослых когорт россиян в последние десятилетия, в целом, следовала динамике потребления алкоголя: рост после отхода от антиалкогольной кампании, падение после 1995 г. и рост после 1998 г. Исключение составили юноши и девушки 20-24 лет (UNICEF 2004). Очевидно, среди молодежи падение алкогольной смертности в 1995-1998 гг. (как в результате общего падения потребления алкоголя в стране, так и за счет частичного перехода с крепких алкогольных напитков на пиво) было компенсировано ростом наркотической смертности.

Глава 7. Сравнительный вклад различных факторов российского демографического кризиса

Методы статистического анализа применяются повсеместно для анализа факторов различных социальных и демографических процессов и представляют собой мощнейший инструмент в руках аналитика. Применение такого рода методов (в особенности, в сочетании с применением качественных методов анализа) дает возможность разобраться в сложнейшем многообразии социальной реальности. Проблема взаимовлияния множества факторов решаема с помощью применения методик множественной регрессии, дискриминантного анализа и др.

Чтобы определить относительное влияние различных факторов Российского демографического кризиса мы воспользовались множественной регрессией (см. Статистический комментарий). Множественная регрессия помогает отделить действительно значимые корреляты и факторы того или иного показателя от незначимых.

В Таблице 7.1 представлена регрессионная модель факторов продолжительности жизни мужчин в странах, завершивших демографический переход (где суммарный коэффициент рождаемости в 2001 г. был меньше 2 детей на женщину). В качестве гипотетических факторов взяты следующие показатели: ВВП на душу населения (отметим, что этот показатель настолько тесно коррелирует с затратами здравоохранение, что учитывать затраты на здравоохранение в отдельности не имеет смысла), потребление пива, вина, крепких алкогольных напитков и сигарет, а также наиболее распространенных групп наркотиков: кокаина, опиатов и препаратов конопли.

Таблица 7.1. Регрессионная модель факторов продолжительности жизни мужчин в странах с суммарным показателем рождаемости менее 2 детей на женщину¹

ПРИМЕЧАНИЕ: R = 0,936; R² = 0,876; a = 0,000000002.

Модель	Нестандартизированный коэффициент		Стандартизированный коэффициент	t	α
	B	Стандартная ошибка	β		
Константа	71	1,3		53,896	< 10 ⁻¹⁷
ВВП на душу населения, ППС, долл. США 2001 г.	0,0003	0,00005	0,536	5,769	0,000004
Потребление крепких алкогольных напитков на душу населения	-0,5	0,15	-0,348	-3,498	0,002
Опиаты, % потребляющих среди населения 15–64 года	-3,0	0,99	-0,244	-3,213	0,003
Кокаин, % потребляющих среди населения 15–64 года				1,127	0,270
Препараты конопли, % потребляющих среди населения 15–64 года				1,764	0,090
Потребление пива на душу населения				-1,543	0,135
Потребление вина на душу населения				0,364	0,719
Потребление сигарет на взрослого 1992–2000 гг.				-0,664	0,512
Зависимая переменная: Продолжительность жизни мужчин (в годах), 2001 г.					

Вышеприведенное значение R² указывает на то, что данная регрессионная модель объясняет 87,6% всей дисперсии данных. Значимыми являются те факторы, для которых показатель значимости (α) менее 0,05. На силу и направление фактора указывает стандартизированный коэффициент β.

Модель показывает, что важнейшим фактором продолжительности жизни мужчин является производство ВВП на душу населения в стране. Фактически, этот результат указывает на важность экономического развития как основного фактора второй фазы эпидемиологического перехода (см. Диагр. 2.2), ведь все страны, вошедшие в выборку, успешно прошли первую фазу эпидемиологического перехода.

¹ Данный регрессионный анализ, как и все последующие, был выполнен пошаговым методом.

Согласно модели, каждый доллар ВВП на душу населения прибавляет около 0,00027 года жизни мужчинам. То есть при прочих равных продолжительность жизни мужчин в определенной стране должна увеличиваться на один год с увеличением среднедушевого ВВП приблизительно на 3700 долларов в паритете покупательной способности.

Сильнейшим фактором снижения продолжительности мужской жизни является потребление крепких алкогольных напитков. Согласно данной модели, потребление каждого литра спирта на душу населения в год в виде крепких напитков уносит, в среднем, полгода жизни мужчин (величина и значимость этого коэффициента остается приблизительно на том же уровне, если повторить тот же тест для выборки западноевропейских стран). Таким образом, получается, что среднестатистический российский мужчина, потребляя порядка 11 (Немцов 1995) литров спирта в год в форме водки, самогона и других крепких напитков теряет пять с половиной лет своей жизни. Если вычесть из данного анализа мужчин, не пьющих водку и другие крепкие алкогольные напитки, то окажется, что пьющие российские мужчины теряют еще больше лет жизни в результате своего пристрастия к водке и т.п.

Этот результат согласуется с данными других экспертов, подсчитанными иным образом. Согласно А. В. Немцову каждый добавочный литр сверх определенного ВОЗ предела в 8 литров чистого алкоголя на душу населения в год уносит 11 месяцев жизни мужчин и 4 месяца женщин (Немцов 1995). По этой методике подсчета, потребление россиянами около 14-15 литров чистого алкоголя в год (преимущественно в виде крепких алкогольных напитков) обходится российским мужчинам в 5,5 лет жизни.

Потребление пива и вина в данной модели интерпретируется как незначимые факторы продолжительности жизни мужчин. Вместе с тем, нет никаких сомнений, что потребление пива и вина в больших количествах также негативно сказывается на здоровье человека и продолжительности жизни (это, собственно говоря, видно и из приведенной выше Диаграммы 4.4 и комментариев к ней), однако потребление крепких алкогольных напитков оказывает настолько радикальное влияние на увеличение смертности, что во множественной регрессионной модели эти факторы интерпретируются как несущественные. То же самое относится к таким показателям, как потребление препаратов конопли, кокаина и сигарет.

Многочисленные исследования показывают, что курение увеличивает риск преждевременной смерти от рака и сердечно-сосудистых заболеваний (см., напр: Школьников, Червяков 2000; Заридзе с соавт. 2002; Ревич 2005; Brainer, Cutler 2005; Nicholson et. al. 2005). Однако потребление табачных изделий не увеличилось сильно в России за 1990-е гг., а значит, курение не является главным фактором катастрофического прироста смертности в начале 1990-х, хотя несомненно вносит существенный вклад в общее снижение продолжительности жизни россиян.

Третьим чрезвычайно мощным фактором снижения мужской продолжительности жизни является потребление опиатов. Повторим, подавляющее большинство принимающих опиаты внутривенно (а это преимущественный способ их употребления) умирают молодыми, в среднем, через 7 лет после начала систематического приема наркотиков. Наркотическая зависимость в большинстве случаев не лечится. Поскольку средний возраст перехода на инъективные наркотики в России составляет около 19 лет (Гурвич 2003), то средний возраст смерти наркомана, принимающего опиаты, должен составлять около 26 лет.

Отметим, что негативный эффект наркомании на показатель продолжительности жизни имеет тенденцию накапливаться со временем: наличие определенного числа наркоманов, принимающих опиаты, означает, что значительный процент населения из числа наркоманов старших когорт уже умер от наркомании ранее, что может вкуче оказывать существенное влияние на показатель продолжительности жизни. При этом распространение опиатов приводит к некоторому росту смертности и за пределами группы наркозависимых граждан за счет распространения ВИЧ, сифилиса, вирусов гепатита и т.д. Несколько увеличить смертность может и рост тюремной популяции за счет наркоторговцев, не принимающих опиаты, а также ухудшение здоровья среди подвергающихся постоянному стрессу родственников и близких наркоманов.

Детальное изучение вклада наркомании в снижение показателя ожидаемой продолжительности в стране жизни требует отдельного исследования. В данном случае ограничимся тем, что отметим высокую значимость этого фактора в модели.

В Таблице 7.2 представлена регрессионная модель факторов продолжительности жизни женщин для стран с показателем рождаемости менее двух детей на женщину.

Таблица 7.2. Регрессионная модель факторов продолжительности жизни женщин в странах с суммарным показателем рождаемости менее 2 детей на женщину

ПРИМЕЧАНИЕ: R = 0,882; R² = 0,778; a = 0,0000000007.

Модель	Нестандартизированный коэффициент		Стандарти- зиров. коэф- фициент	<i>t</i>	<i>a</i>
	<i>B</i>	Стандартная ошибка	<i>β</i>		
Константа	74	0,7		105,78	< 10 ⁻¹⁵
ВВП на душу насе- ления, ППС, доллары США 2001 г.	0,0002	0,00004	0,602	4,940	0,00003
Потребление крепких спиртных напитков на душу населения (в лит- рах чистого алкоголя)	-0,37	0,13	-0,354	-2,903	0,007
Опиаты, % потребляю- щих (15–64 года)				-1,241	0,225
Кокаин, % потребляю- щих (15–64 года)				-1,241	-1,241
Препараты конопли, % потребляющих (15–64 года)				0,046	0,964
Потребление пива на душу населения				1,515	0,141
Потребление вина на душу населения				-1,210	0,237
Потребление сигарет на взрослого (среднегодо- вое) 1992–2000 гг.				0,981	0,335
а Зависимая переменная: Продолжительность жизни женщин (в годах), 2001 г.					

В этом случае модель объясняет 77,8% дисперсии данных. Согласно модели основным фактором продолжительности жизни женщин вновь оказывается ВВП на душу населения. Прирост среднедушевого ВВП на каждый доллар увеличивает продолжительность жизни женщин на 0,0002 года. Вторым по значимости фактором продолжительности жизни женщин является потребление крепких алкогольных напитков на душу населения, при этом каждый литр чистого алкоголя, потребляемый в виде крепких напитков на душу населения за год, уменьшает продолжительность жизни женщин на 0,37 года. Все остальные факторы были оценены множественной регрессионной моделью как статистически незначимые в масштабах данного кросс-национального исследования. Это не значит, что остальные факторы не оказывают своего влияния на уровень смертности, а значит только то, что они не сверхмощные.

Далее, проанализируем влияние экономической ситуации, потребления сигарет, разных видов алкогольных напитков и наркотиков на такой показатель избыточной смертности мужчин, как разница между продолжительностью жизни женщин и мужчин (Таблица 7.3):

Таблица 7.3. Регрессионная модель факторов разрыва между продолжительностью жизни женщин и мужчин в странах с суммарным показателем рождаемости менее 2 детей на женщину

ПРИМЕЧАНИЕ: R = 0,780; R² = 0,609; α = 0,000002.

Модель	Нестандартизированный коэффициент		Стандартизированный коэффициент	t	α
	B	Стандартная ошибка	β		
Константа	4,7	0,4		11,639	< 10 ⁻¹¹
Потребление крепких алкогольных напитков на душу населения (в литрах)	0,35	0,1	0,539	4,068	0,0003
Опиаты, % потребляющих среди населения 15–64 года	1,9	0,7	0,371	2,796	0,009
ВВП на душу населения, ППС, доллары США 2001 г.				–1,549	0,133
Кокаин, % потребляющих среди населения 15–64 года				–1,976	0,058
Препараты конопли, % потребляющих среди населения 15–64 года				–0,625	0,537
Потребление пива на душу населения (в литрах)				–0,117	0,908
Потребление вина на душу населения (в литрах)				1,164	0,255
Потребление сигарет на каждого взрослого (среднегодовое) 1992–2000 гг.				0,927	0,362
Зависимая переменная: Разница между продолжительностью жизни женщин и мужчин (в годах), 2001 г.					

Значимыми факторами разницы между продолжительностью жизни женщин и мужчин оказываются потребление крепких алкогольных напитков и наркотиков опиатной группы. Все остальные факторы, а именно, потребление вина, пива, сигарет, кокаина и препаратов конопли оказывают радикально меньшее влияние, и поэтому были оценены множественной регрессионной моделью как статистически незначимые. Каждый литр чистого алкоголя, потребляемый в виде крепких спиртных напитков, увеличивает разницу между продолжительностью жизни мужчин и женщин на 0,35 года, а каждый процент населения, принимающего опиаты, – на 1,9 года.

Есть основания полагать, что избыточная мужская смертность сама по себе является фактором снижения рождаемости. Выбывание молодого мужского населения репродуктивного возраста автоматически увеличивает процент неполных семей, в результате чего растет процент одиноких женщин, отказывающихся от заведения второго, третьего или даже первого ребенка. Кроме того, большой разрыв между продолжительностью жизни мужчин и женщин "на уровне почвы" означает, что высокий процент женщин имеет таких брачных партнеров, относительно которых у них нет и не может быть уверенности в том, что они смогут оказать своим женам ту поддержку, которая им неизбежно будет требоваться в течение значительного времени после рождения ребенка. В подобной ситуации высокий процент женщин не решится завести не только второго или третьего, но и даже первого ребенка.

Исследование факторов рождаемости по данным Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения (РМЭЗ 2004) показало, что отсутствие супруга является мощнейшим фактором, снижающим вероятность рождения женщиной ребенка. Неожиданным результатом этого исследования стало, в целом, негативное влияние потребления женщиной (а значит, и ее партнером) алкоголя на шансы стать матерью. При исключении из выборки алкоголичек, которых в обществе ничтожное меньшинство (менее 1%), оказывается, что зависимость между потреблением алкоголя и рождаемостью отрицательная. "Так, среди совсем не употреблявших алкоголь в течение месяца рождаемость составила 6,1% (с 1995 по 2001г.), среди пьющих 1-3 раза в месяц 3,1%, среди пьющих 1-3 раза в неделю 2,8%... В то же время... за весь период наблюдений на более чем 200 случаев мужчин, пьющих 4 раза в неделю – всего 2 случая рождения детей" (Рощина, Бойков 2005).

Механизмы обнаруженной зависимости требуют дальнейших исследований, однако, в любом случае, очевидно, что крепкие алкогольные напитки и тяжелые наркотики не только создают феномен российской сверхсмертности, но и способствуют снижению рождаемости (например, в результате ухода из жизни молодых людей), а значит, являются мощнейшими причинами демографического кризиса в России.

В Таблице 7.4 представлены результаты тестирования этой гипотезы, а также гипотез о влиянии на рождаемость в данной демографической группе следующих показателей: ВВП на душу населения, занятость и высшее образование среди женщин, уровень безработицы и урбанизация. Напомним, что в выборку вошли только страны рождаемостью менее 2 детей на женщину.

Таблица 7.4. Регрессионная модель факторов рождаемости (количество детей на женщину) в странах с суммарным показателем рождаемости менее 2 детей на женщину²

ПРИМЕЧАНИЕ: R = 0,549; R² = 0,301; α - 0,0001.

Модель	Нестандартизи- рованный ко- эффициент		Стандарти- зированный коэффици- ент	t	α
	B	Стан- дартная ошибка	β		
Константа	2,0	0,1		15,620	< 10 ⁻¹⁵
Разница между продолжительностью жизни женщин и мужчин (в годах), 2001 г.	-0,08	0,02	-0,544	-4,256	0,0001
ВВП на душу населения, ППС, доллары США 2001 г.				0,883	0,382
Процент работающих женщин, 2001 г.				-0,522	0,605
Процент женщин с высшим образованием, 2000–2001 гг.				-0,840	0,406
Безработица (% от общей численности рабочей силы), 2000–2002 гг.				-0,435	0,666
Урбанизация (% населения, проживающего в городах), 2001 г.				-0,680	0,500
а Зависимая переменная: Рождаемость (в количестве детей на женщину), 2001 г.					

Итак, в ходе данного регрессионного анализа выявляется только один значимый фактор рождаемости в демографически модернизированных странах. Это разница между продолжительностью жизни женщин и мужчин.

Все прочие факторы, а именно, процент работающих женщин и женщин с высшим образованием, безработица, урбанизация и ВВП на душу населения оказались в модели незначимыми. Возможно, влияние некоторых из этих факторов может быть обнаружено на более однородных выборках.³ Из этого следует, что экономический рост, при игнорировании проблем алкоголизации и наркотизации, не только не способен существенно снизить избыточную смертность, но и не сможет в полной мере решить проблему низкой рождаемости.⁴

Согласно нашей модели, каждый год разницы между продолжительностью жизни женщин и мужчин уменьшает рождаемость на 0,08 ребенка на женщину.

Согласно данному анализу, если бы в России этот разрыв был бы не 12, а хотя бы 7 лет, как в странах пивного и винного пояса, то рождаемость в России была бы не 1,28 (World Bank 2004), а примерно 1,68 ребенка на женщину, что гораздо ближе к уровню воспроизводства.

Зависимость между интересующими нас показателями выявляется и с помощью корреляционного анализа (см. Диаграмму 7.1).

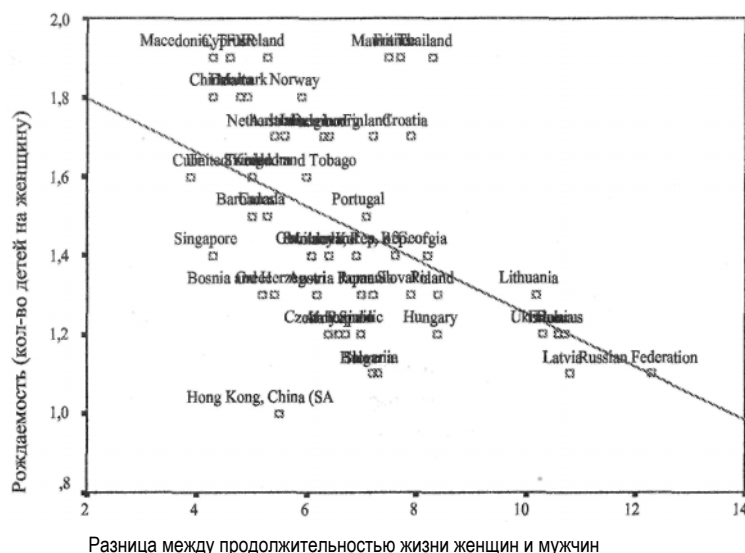
Корреляция между рождаемостью и разницей продолжительности жизни женщин и мужчин действует и за пределами "водочного пояса", в частности, в группе стран с низкой рождаемостью (менее двух детей на женщину), где потребление крепких спиртных напитков незначительно (менее двух литров спирта в виде крепких спиртных напитков на душу населения в год), и в этой группе стран эта зависимость не обусловлена алкогольным фактором (см. Диагр 1.12 в Приложении 1).

² World Bank 2004; UNDP 2001.

³ Так, в странах этой группы продолжает наблюдаться отрицательная корреляция между рождаемостью и уровнем грамотности среди женского населения, однако корреляция эта, хотя она и статистически значимая, является здесь уже крайне слабой ввиду близости точки насыщения, и никто, конечно, решать демографические проблемы развитых стран при помощи снижения образовательного уровня женского населения не предлагает, хотя бы потому, что это приведет к снижению производства ВВП на душу населения и росту смертности (а значит, никакого реального выхода из демографического кризиса при этом наблюдаться не будет [Коротчаев, Малков, Халтурина 2005]).

⁴ Конечно же, существуют и другие факторы снижения рождаемости, не учтенные в данной модели: демографические волны, обеспеченность жилфондом, трудовые миграции, социопсихологические установки, особенности трудового законодательства и т.д.

ПРИМЕЧАНИЕ: $r = -0,48$; $a = 0,0002$.

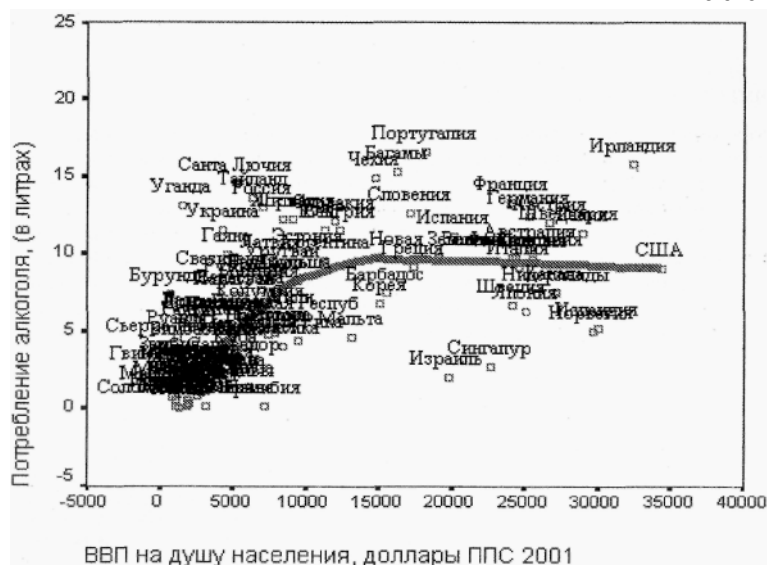


Таким образом, непосредственным фактором снижения рождаемости является разрыв между продолжительностью жизни женщин и мужчин. Потребление алкоголя, в особенности крепких спиртных напитков, и тяжелых наркотиков, будучи факторами избыточной мужской смертности, являются конечными факторами снижения рождаемости в странах с высоким уровнем потребления алкоголя и наркотиков, в том числе и в России. Впрочем, поскольку от алкоголя и наркотиков гибнут и молодые женщины, хотя и в меньшем количестве, эти факторы негативно воздействуют на рождаемость и непосредственно.

Глава 8. Глубинные причины алкоголизации России и международный опыт

Здесь встает вопрос, почему россияне пьют крепкие алкогольные напитки и потребляют наркотики? Для того, чтобы ответить на этот вопрос мы должны изучить ситуацию в глобальном контексте.

Диагр. 8.1. Потребление алкоголя (WHO 2005) и ВВП на душу населения (UNDP 2001) (всемирная совокупность за исключение стран, где более 40% населения мусульмане)

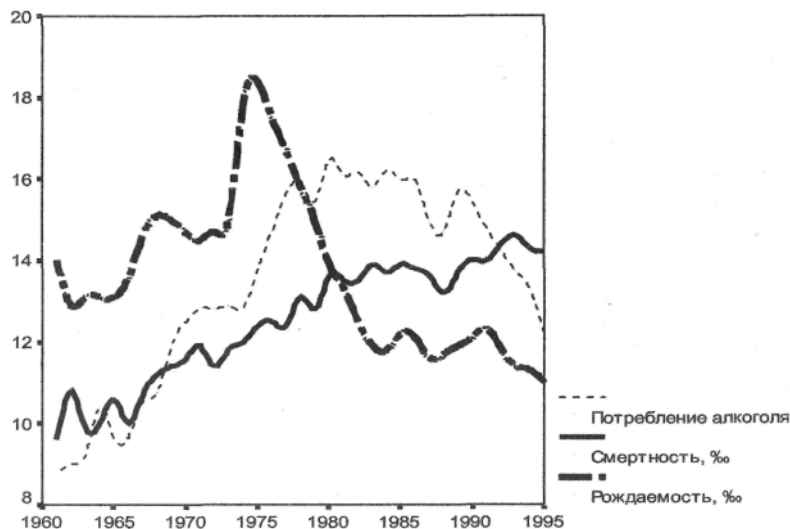


На Диаграмме 8.1 видно, что в беднейших странах потребление алкоголя незначительно, т.к. большинство населения просто не имеет возможности тратить на покупку или производство такой роскоши, как алкоголь. По мере роста уровня жизни и появления излишков население начинает потреблять все больше алкоголя. При достижении определенного уровня жизни потребление алкоголя стабилизируется. В ряде случаев в наиболее развитых странах происходит даже некоторое снижение потребления, как правило, благодаря продуманной антиалкогольной политике властей (например, в США, Франции, Швеции и др.).

Исторические исследования также указывают на модернизацию и экономический рост как главный фактор роста потребления алкоголя. В исторических обществах даже там, где потребление алкоголя широко распространено, потребление алкоголя было ниже, чем в обществах, переживавших промышленную революцию (потребление алкоголя на душу населения было ниже, чем в 1900 г. (001)).

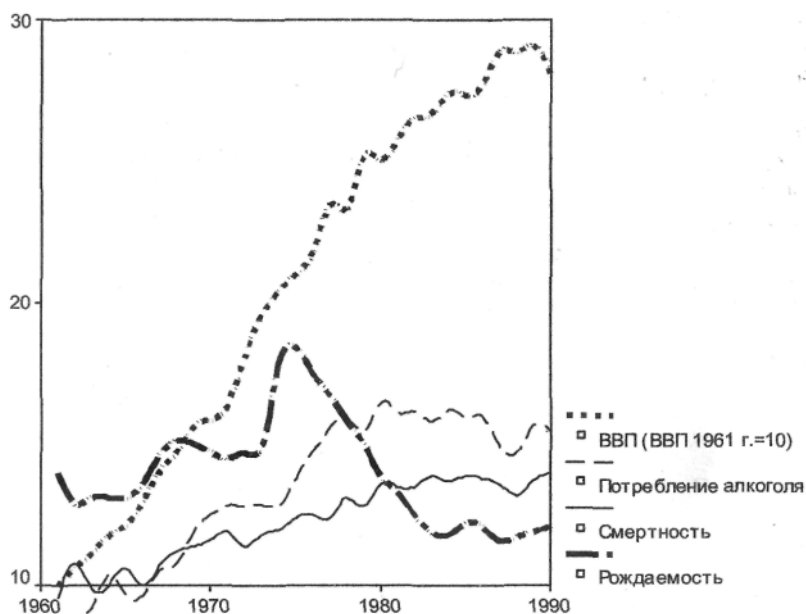
История потребления алкоголя, представляет история Венгрии в 1970-80-е гг.

Диагр. 8.2. Рождаемость, смертность (World Bank 2004) и потребление алкоголя (WHO 2005) в Венгрии в 1961-1995 гг.



В этой стране демографический "крест" подобный российскому произошел задолго до развала социалистической системы. В результате успешных экономических реформ администрации Яноша Кадара в 1960-70-е гг. произошла либерализация венгерской экономики, что привело к стремительному экономическому подъему.

Диагр. 8.3. Динамика рождаемости, смертности (на 1000 чел.) и потребления алкоголя (литров на душу на селения в год) на фоне динамики ВВП (индекс, где ВВП за 1961 г. взят как равный 10 пунктам) в Венгрии в 1960-2003 гг.



Однако общий рост экономики привел и к росту производства и потребления алкоголя. Подъем сельского хозяйства привел к росту производства дешевого вина и производимых на его основе крепких алкогольных напитков, не всегда фиксируемого официальной статистикой. С 1965 по 1985 гг. потребление крепких напитков в Венгрии утроилось. В результате в стране произошел острый рост смертности, сопровождавшийся с 1976 г. резким падением рождаемости. Если в России демографический крест случился на фоне падения производства (с 1989 по 1998 гг. ВВП Российской Федерации сократился в 1,79 раз), то в Венгрии за 1970-е гг.

ВВП вырос на 58%. Объединяет Россию 1990-х и Венгрию 1960-70-х гг. возросшая доступность и падение стоимости алкогольной продукции относительно доходов населения. Пример

Венгрии показывает, что невнимание к демографическому развитию страны даже при стремительном экономическом росте может привести к демографической катастрофе.

Таким образом, модернизация и сопутствующий ей рост покупательной способности населения практически неизбежно ведет к росту потребления алкоголя, недоступного до этого широким массам населения по экономическим причинам. Алкоголизация России произошла по тому же сценарию, что и во всем мире. Напомним, что в дореволюционный период потребление алкоголя было втрое ниже, чем в наши дни (Дмитриев 2001). Возможно, основы современных алкогольных проблем России и соседних стран были заложены решением Сталина 1941 г. выдавать ежедневно "боевые сто грамм" воюющим на фронте. Особенно сильный рост потребления алкоголя начался в 1960-е гг., когда уровень жизни советских граждан начал ошутимо расти. Несчастливой особенностью алкоголизации России стала типичная для северных европейцев модель преимущественного потребления крепких алкогольных напитков, способствующих сильному опьянению и интоксикации.

Россия входит в пояс особенно склонных к тяжелым формам алкоголизации европейских стран с холодным климатом. "Указанный пояс простирается от северных стран (фактически от Шотландии) до Прибалтики и захватывает Польшу и Россию. Этот пояс крепких напитков характеризуется тремя чертами. Первое - крепкие напитки являются традиционно предпочитаемыми напитками. Второе - когда потребляют алкоголь, его потребляют в больших количествах. Не пьют просто так, а чтобы напиться. Третье - пьянство связано с шумным и грубым поведением: вести себя так, когда ты пьян, считается правильным" (Брофосс 2000).

Практически все нордические страны Европы прошли через полосу серьезных алкогольных проблем. Например, сцены жизни Северной Европы XIX в. напоминают хорошо нам знакомую картину. Широко была распространена традиция "Святого понедельника", когда многие работники продолжали напиваться или трезветь после злоупотреблений алкоголем в выходные. В Ирландии распитие самогона было повседневной реальностью жизни всех групп населения на селе, включая женщин и детей. Лондонские питейные заведения осаждались в день получки женами, отчаянно желавшими не дать мужьям пропить свою зарплату. С аналогичными проблемами на определенном этапе модернизации столкнулись Германия, Норвегия, Финляндия, Швеция и т.д.

Итак, объяснения требует не высокий уровень потребления алкоголя в модернизированных обществах, а наоборот, относительно низкий уровень потребления в некоторых среднеразвитых и развитых странах. В странах с тяжелыми формами алкоголизации северных стран эффективным средством снижения алкогольных проблем оказывается последовательная ограничительная алкогольная политика государства. В мусульманских странах ограничителем выступает религиозная традиция. В некоторых регионах благоприятную роль играет распространенность среди населения особого сочетания генов, влияющих на скорость расщепления алкоголя.

У народов Восточной и Западной Азии распространены сочетания генов, при которых потребление алкоголя приводит к быстрому опьянению с тяжелыми побочными эффектами. Люди с таким сочетанием геном крайне редко становятся алкоголиками, так как опьянение и похмелье у них проходит очень тяжело (см. об этом: Боринская, Хуснутдинова 2002; Боринская 2004). Существенный процент индивидов с защитными генетическими аллелями встречается среди народов ближневосточного происхождения, например евреев (Newmark et al. 2004), иранцев, горцев Памира (Боринская с соавт. 2005).

Большую часть населения России составляют русские и представители других восточнославянских народов. Генетические исследования показывают, что эти народы являются по своему генофонду типичными европейцами (Cavalli-Sforza 1994, 1999; Рычков 2000; Боринская, Хуснутдинова 2002). Русские и украинцы не отличаются от других европейских популяций по частотам аллелей гена ADH1B, отвечающего за метаболизм алкоголя (Боринская с соавт. 2005).

Из этого следует, что бессмысленно искать объяснения тяжелых алкогольных проблем России в сфере генетики, так как существует много европейских народов, имеющих такие же частоты генов, связанных с метаболизмом алкоголя, но не испытывающих столь тяжелых проблем.

Рост потребления алкоголя в России начиная с 1960-х гг. аналогичен процессам, имевшим место в других странах. Главным же фактором взрывообразного роста потребления алкоголя, алкогольной смертности и общей смертности в России 1990-х стала либерализация алкогольной отрасли и, как следствие, возросшая экономическая доступность алкоголя. 7 июня 1992 г. Б. Н. Ельцин отменил государственную монополию на водку, в результате

чего ее реальная цена упала в несколько раз (Немцов 2001). Если в советские годы среднестатистический россиянин на зарплату в 150 р. мог купить 43 стандартные бутылки водки, то сейчас россиянин, получающий 6000 тыс. рублей, может купить на свою месячную зарплату 150 бутылок.

Исследования потребления алкоголя в зарубежных странах показали, что его факторами являются цены на спиртные напитки и доходы граждан (Osterberg 1995: 146). Расчеты Ю. В. Андриенко и А. В. Немцова показали, что Россия не является исключением. Так же как и в других странах в России потребление алкоголя зависит от цен на спиртное. Однако важным фактором потребления алкогольных напитков являются и доходы населения. Анализ данных РМЭЗ показал, что в России "риск быть потребителем алкоголя растет вместе с индивидуальным доходом" (Андриенко, Немцов 2005). Рост доходов россиян с 1999 г. является серьезным фактором алкоголизации населения и нуждается в компенсации повышением цен на алкогольную продукцию.

В целом, массовая алкоголизация населения носит эпидемический характер и развивается автокаталитически по мере роста экономической и/или физической доступности алкоголя при отсутствии серьезных сдерживающих факторов (религиозный запрет, ограничительная политика государства и т.д.). Наркотизация развивается по той же модели. При условии доступности наркотиков обязательно находится определенный процент молодых людей, восприимчивых к идее получения приятных ощущений от наркотиков и готовых привлечь новых членов в сообщество потребителей наркотиков. Практически нет ни одной страны с хоть сколько-нибудь открытым обществом и без жесткой рестриктивной наркополитики, где молодежь не принимала бы наркотики (United Nations 2004), поэтому наркотизацию России после падения железного занавеса легко можно было предсказать.

При этом общий уровень потребления наркотиков в России до сих пор ниже, чем в странах Запада (United Nations). Экстремальную наркотическую смертность российской молодежи определяет высокая доля наиболее опасных наркотиков в структуре потребления, особенно героина и других опиатов. Это в свою очередь обусловлено географической близостью к мировому центру производства наиболее летальных инъективных наркотиков - Афганистану.

В начале 1990-х гг. регионом, наиболее сильно страдавшим от опиатной наркомании, была Юго-Восточная Азия, страны вокруг "золотого треугольника", где были самые большие плантации опиумного мака. С начала 1990-х гг. идет непрерывный рост производства сырья для наркотиков-опиатов в Афганистане, где урожайность опиумного мака в три раза выше, чем в "золотом треугольнике". В настоящий момент лидером по производству опиатов является именно перенаселенный Афганистан, для которого экспорт наркотиков является мощным экономическим подспорьем. Производство же опиатов в Юго-Восточной Азии за 1990-е гг. существенно снизилось в результате жесткой конкуренции со стороны Афганистана и соседних стран, а также эффективной антинаркотической политики государств ЮВА (United Nations 2004, vol. 1: 87). В результате количество наркоманов и наркотических смертей в Юго-Восточной Азии непрерывно снижается, а в СНГ, регионе, непосредственно граничащем с Афганистаном, произошел катастрофический взлет количества принимающих наркотики, наркотических смертей и эпидемии ВИЧ/СПИДа (United Nations 2004, vol. 1: 61).

Выводы

1. Основным фактором избыточной смертности в России является повышенный уровень потребления крепких алкогольных напитков и инъективных наркотиков опиатной и амфетаминовой группы.
2. Будучи фактором повышенной молодежной и, в особенности, мужской смертности, потребление крепких алкогольных напитков и наркотиков является опосредованным фактором снижения рождаемости.
3. Потребление "крепкого алкоголя" является намного более сильным фактором смертности, чем потребление вина и пива.
4. Из всех наркотиков наиболее опасны для демографического развития России опиаты и амфетамины.
5. При устранении этих двух причин в условиях экономического роста демографический кризис в России будет в значительной степени преодолен.
6. Экономический рост в России может привести к некоторому росту продолжительности жизни и, вероятно, некоторому подъему рождаемости. Однако без решения проблем крепкого алкоголя и инъективных наркотиков он не приведет к решению демографического кризиса.
7. Экономический кризис в России не является основной причиной алкоголизации и наркотизации населения. Основной причиной является доступность и низкая стоимость крепких алкогольных напитков, а также отсутствие продуманной алкогольной и наркополитики.

Рекомендации

Пути преодоления демографического кризиса в России

Для окончательного решения демографического кризиса в России необходима комплексная программа действий, непременно включающая серьезную работу в области стимуляции рождаемости¹. Однако вряд ли на сегодняшний день в России имеются ресурсы, способные увеличить рождаемость настолько, чтобы покрыть огромную разницу между рождаемостью и смертностью без снижения последней.

Повышения качества и доступности медицинского обслуживания также недостаточно для решения демографического кризиса. Разумеется, совершенствовать систему здравоохранения совершенно необходимо, это добавит несколько лет жизни россиянам, в особенности непьющим. Однако дорогостоящие меры такого рода будут малоэффективными, пока не будут устранены основные "черные дыры", в которые "уходит" население России в связи с катастрофически высоким уровнем потребления крепких спиртных напитков и особо опасных наркотиков. Как показывает история, экономический рост сам по себе также не является панацеей от

демографических проблем.

Решение демографического кризиса требует радикального снижения россиянами потребления крепких алкогольных напитков и инъективных наркотиков, желательно в сочетании со снижением уровня потребления алкоголя, наркотиков, в целом, а также табакокурения. Это позволило бы немедленно остановить вымирание России.

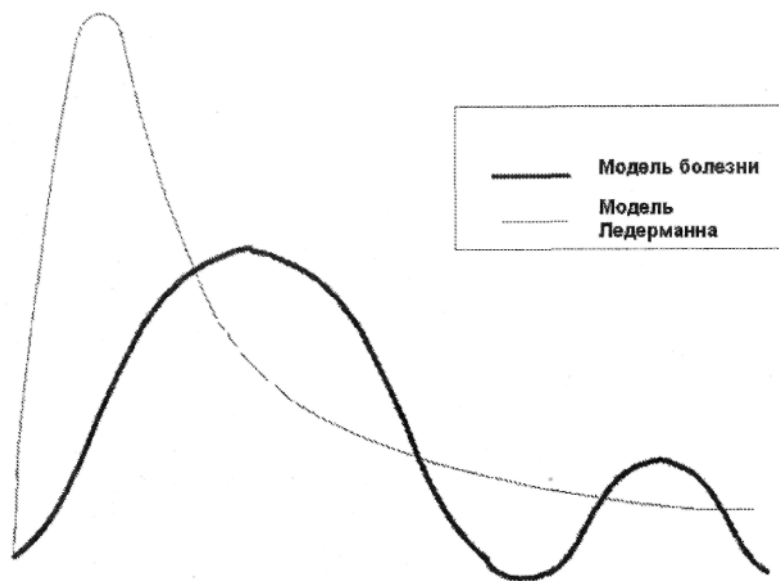
Конечно, борьба с алкогольной и наркотической смертностью должна сочетаться с увеличением финансирования здравоохранения, внедрением новых подходов к профилактике и лечению заболеваний, разумной миграционной политикой и целенаправленными мерами по стимулированию рождаемости (речь идет, например, о пропаганде семейных ценностей, увеличении расходов на финансирование семьи, материнства и детства, о поддержке матерей-одиночек и многодетных семей, введении существенных денежных пособий на второго и третьего ребенка, о поддержке матерей на рынке труда после декретного отпуска и т.п.). В этом случае можно было бы рассчитывать на решение российского демографического кризиса в долгосрочной перспективе.

Выработка адекватной и эффективной алкогольной политики требует изучения современных подходов к проблемам потребления алкоголя и алкогольного вреда. До середины XX века алкогольная политика строилась в соответствии с "моделью болезни", которой соответствует бимодальное распределение потребителей алкоголя в обществе (см. Диагр. P1). Согласно этой гипотезе, распределение имеет два пика: большинство, состоящее из «нормальных» потребителей, и меньшинство, включающее злоупотребляющих алкоголем и тяжелых алкоголиков. Такое распределение могло бы значить, что хронически злоупотребляющие алкоголем люди в определенном смысле представляют собой отдельную от остального общества группу, а, следовательно, снижение уровня алкогольных проблем в обществе требует воздействия преимущественно на этих людей.

Однако в середине 1950-х гг. французский демограф С. Ледерманн, проанализировав региональные данные по смертности во Франции с начала 1940-х гг., выдвинул совершенно иную концепцию. Он показал, что главным коррелятом смертности от ряда болезней во Франции был общий уровень потребления алкоголя. Это значило, что динамика потребления алкоголя определяет тяжесть алкогольных проблем не только среди алкоголиков, но и в обществе, в целом, а, следовательно, для уменьшения алкогольной смертности необходимо воздействовать на уровень потребления алкоголя во всем обществе, а не исключительно среди алкоголиков.

Согласно Ледерманну общество представляло собой не две разрозненные группы "алкоголиков" и "нормальных людей", а непрерывный континуум тесно взаимодействующих категорий потребителей алкоголя (мало пьющие, умеренно пьющие, злоупотребляющие алкоголем, тяжелые алкоголики и т.п.). С. Ледерманн предложил гипотезу о едином логнормальном распределении потребления алкоголя среди когорт, при котором логарифм переменной имеет нормальное (Гауссово) распределение (Ledermann 1956) (Диагр. P1).

Диаграмма P1. Распределения, соответствующие бимодальной модели болезни и логнормальной модели С. Ледерманна



Отдельные аспекты теории Ледерманна подвергались критике (Lemmens 1995; Нордлунд 2000), в частности, эмпирические исследования показали, что форма кривой распределения в действительность является более полой. Однако, в общем и целом, гипотеза единого распределения была подтверждена эмпирическими данными. Так, О. Ског убедительно показал, что при увеличении потребления алкоголя в обществе, как правило, больше алкоголя начинают потреблять практически все когорты потребителей от малоупьющих до тяжелых алкоголиков (Skog 1985).

Тяжелые алкоголики конечно же гораздо сильнее рискуют жизнью, чем умеренные потребители. Однако поскольку умеренно пьющие численно значительно превосходят алкоголиков, то большинство страдающих, например, от связанного с алкоголем

травматизма, составляют именно умеренные потребители. Такая ситуация и создает так называемый "парадокс профилактики" (prevention paradox): даже небольшое воздействие, направленное на снижение алкоголя в обществе, в целом, оказывается более эффективным с точки зрения предотвращения ряда связанных с алкоголем заболеваний и смертности, чем более сильное воздействие на тяжелых алкоголиков (Krietman 1986; Cherpitel 1993).

Обнаружение того, что общество представляет собой единый континуум потребителей алкоголя, привело к существенным изменениям в подходах к разработке государственной алкогольной политики. В результате, общее снижение уровня потребления алкоголя в обществе было поставлено в качестве цели правительствами многих стран.

Помимо общего объема потребления алкоголя существуют и другие параметры, оказывающие влияние на тяжесть алкогольных проблем в обществе, которые необходимо также учитывать разработчикам алкогольной политики. В первую очередь, это распространенность тяжелых форм потребления алкоголя, характеризующихся тяжелой интоксикацией (Нордлунд 2000). Не менее важным индикатором является структура потребления алкоголя: доля крепких алкогольных напитков, вина, пива и т.д.

Многие десятилетия исследований опыта разных стран в области алкогольной политики позволили экспертам прийти к консенсусу по поводу набора мер, способных эффективно снижать потребление населением как алкоголя, в целом, так и крепких алкогольных напитков (см. Приложение 2). Приведем обзор таких мер.

Многочисленные исследования показывают, что повышение цен на алкоголь и крепкие алкогольные напитки, в

¹ См. напр.: Архангельский с соавт. 2005а, 2005б.

частности, является одной из наиболее действенных мер, позволивших снизить тяжесть алкогольных проблем во многих странах. Это связано с тем, что спрос на алкоголь, как и на большинство товаров, обладает ценовой эластичностью (т.е. увеличение цен на алкогольные напитки приводит к снижению их потребления). В Таблице Р1 представлены коэффициенты ценовой эластичности спроса на алкогольные напитки по результатам исследований в разных странах².

Табл. Р1. Коэффициенты ценовой эластичности спроса на алкогольные напитки в различных странах

Страна	Годы	Пиво	Вино	Крепкие алк. напитки
Норвегия	1960-74		-1,5	-1,2
Швеция	1956-68	-3,0	-0,7	-1,2
Швеция	1970-88	-1,3	-0,9	-0,9
Финляндия	1969-86	-0,6	-1,3	-1,0
Новая Зеландия	1983-91	-1,1	-1,1	-0,5
Канада	1955-71	-0,33	-1,78	-1,77
США	1947-64	-1,39	-0,84	-0,3
США	1970			-1,95
Великобритания	1970-86	-0,88	-1,37	-0,94

ПРИМЕЧАНИЕ: Источник - Osterberg 1995: 148-149.

Поскольку мощнейшим фактором сверхсмертности россиян являются именно крепкие алкогольные напитки, то для России необходимо увеличение стоимости водки по сравнению с пивом и вином, крепленого вина по сравнению с некрепленым, крепкого пива по сравнению со слабым. Североевропейские страны смогли справиться с тяжелой эпидемией алкоголизации введением высоких цен на водку. Если в России бутылка водки (0,75 л.) стоит примерно \$2,8, то в Швеции тот же объем крепких алкогольных напитков обходится в \$23, в Финляндии \$21,2, а в Норвегии \$32 (WHO 2004a).

Увеличение цен на крепкие алкогольные напитки в североевропейских странах нередко оборачивалось некоторым увеличением потребления нелегального алкоголя, однако этот фактор, как правило, был менее значимым по сравнению со снижением легального потребления. Отметим, что и в России динамика смертности прекрасно соответствовала именно динамике легального производства водки.

Ю. В. Андриенко и А. В. Немцов, обработав статистически данные РМЭЗ по потреблению различных видов алкоголя и другим показателям, пришли к выводу, что повышение цен на водку в России приводит к снижению потребления водки и росту потребления самогона и пива (Андриенко, Немцов 2005).

Замещение крепких алкогольных напитков пивом в структуре потребления алкоголя россиян - наиболее реалистичный сценарий преодоления кризиса сверхсмертности в России. Замещение водки самогоном вряд ли способно оказать положительное влияние на смертность, однако сравнительные исследования токсичности российских водки и самогона показывают, что российский самогон, в среднем, не более токсичен и опасен, чем качественная водка (Нужный с соавт. 1999; Нужный, Савчук, Каюмов 2002; Нужный 2004; Нужный, Савчук 2005). Следовательно, повышение цен на водку, скорее всего, благоприятно отразится на уровне алкогольных проблем и смертности в России.

Отметим, что самогон потребляют преимущественно жители села и поселков городского типа. Поскольку потребление самогона резко падает за пределами группы беднейших 10% населения (Андриенко, Немцов 2005), то снижению потребления самогона могут способствовать меры, направленные на борьбу с нищетой на селе. На данный момент труженики села представляют собой один из наиболее бедных сегментов российского общества, так как зарплаты в сельском хозяйстве в несколько раз меньше, чем в других отраслях.

Другим действенным средством борьбы с алкогольной смертностью является запрет на продажу алкоголя или наиболее крепких напитков в нерабочее время и по выходным дням. Огромное количество смертей в России происходит после того, как выпивающие решают "догнаться", идут ночью в ближайший работающий магазин и покупают спиртное. Нет никаких сомнений в том, что введение запрета на продажу алкогольной продукции или хотя бы крепких алкогольных напитков в ночное время помогло бы немедленно снизить уровень смертности в России.

Заслуживает массового внедрения в России зарекомендовавшая себя практика кратких вмешательств (brief intervention). Эта процедура обычно длится 5-30 минут и включает в себя тестирование с целью выявления людей склонных к злоупотреблению алкоголем, просвещение таковых относительно истинного вреда злоупотребления алкоголем, выдача информационных буклетов, а в случае обнаружения алкогольной зависимости - направление к соответствующему специалисту. Работа проводится в группах риска: среди лиц, попавших в больницу в нетрезвом состоянии, учащихся ПТУ и т.д. Возможна работа с помощью почтовой и электронной рассылки. Как показывают многочисленные исследования в западноевропейских странах, такого рода вмешательства способствуют заметному снижению потребления алкоголя в течение года и более (Babor, Higgins-Biddle 2001; Larimer, Cronce, Lee, Kilmer 2004-2005; Йоханисен 2000).

Россия входит в пояс североевропейских стран, склонных к особенно тяжелым формам алкоголизации. Данная

² Коэффициент ценовой эластичности определяется как отношение процентного изменения величины спроса к процентному изменению цены.

особенность североευропейских стран ставит этот регион в отдельный ряд вне стран Европы с более теплым климатом и требуют специфической алкогольной политики. Алкоголизация России развивалась по тому же сценарию, что и в североευропейских странах, а значит, и пути решения проблемы следует искать в опыте стран Северной Европы.

Ответом на эпидемию тяжелой алкоголизации в североευропейских странах стала государственная монополия на розничную продажу³. Эта мера зарекомендовала себя как эффективное средство снижения алкогольных проблем и смертности в Швеции, Исландии, Норвегии, Финляндии, а также в Канаде, некоторых штатах США и т.д. Такая монополия, подразумевающая продажу алкоголя только в государственных заведениях, позволила государственным структурам регулировать большую часть алкогольного рынка и добиться массового перехода населения от наиболее опасных крепких напитков к более легким, а в ряде случаев и снизить общее потребление. Цены в такого рода торговых заведениях высоки, в особенности, на крепкие напитки, рабочий день, как правило, ограничивается дневным временем суток, количество таких точек ограничено (WHO 2004a: 16-23; Брофосс 2000); так, например, на всю Норвегию насчитывается 157 магазинов, где разрешена продажа крепких алкогольных напитков (Угланд 2000)⁴. Учитывая тяжесть ситуации в России, этот вариант должен обсуждаться экспертным сообществом и широкой общественностью.

В современной России идет дискуссия о внедрении государственной монополии на оптовую торговлю алкоголем. При эффективном внедрении эта мера, возможно, способна отрегулировать рынок спиртосодержащих технических и парфюмерных жидкостей, например, путем увеличения их стоимости, адекватного денатурирования и т.д. Внедрение такой монополии может помочь поставить заметную часть рынка алкоголя под контроль государства, обеспечив не только контроль за качеством, но и возможности ценового регулирования. Однако государственная монополия па оптовую торговлю обязательно должна быть дополнена и государственной монополией на розничную продажу крепких алкогольных напитков.

Необходимо также снижать спрос на алкоголь путем информирования потребителей о реальном вреде алкоголя и, особенно, крепких алкогольных напитков.

Многочисленные исследования показывают, что лица с высшим образованием потребляют значительно меньше крепких алкогольных напитков, чем те, кто такого образования не имеют (см. Главу 3), поэтому в современных условиях самоубийственными для российской нации представляются меры, направленные на сокращение системы высшего образования. Наоборот, эта система должна быть максимально расширена с целью предоставления всем российским гражданам гарантированного реального права на бесплатное получение такого образования (как, например, в Великобритании на уровне бакалавриата). Отметим, что по такому показателю, как коэффициент охвата молодежи высшим образованием Россия отстает не только от стран Запада, но и, например, от стран Балтии (UNICEF 2004: 87).

Необходимо также изучать мировой и отечественный опыт в борьбе с табакокурением, наркоманией, токсикоманией и т.д. Серьезные скоординированные усилия государственных структур, экспертного сообщества, проводящего всесторонние эмпирические исследования, и гражданского общества способны привести к нейтрализации факторов, вносящих в совокупности мощнейший вклад в демографический кризис в современной России.

Помимо кардинального улучшения демографической ситуации радикальное снижение потребления крепких алкогольных напитков и алкоголя, в целом, может иметь следующие положительные социальные последствия: снижение числа убийств, изнасилований, разбойных нападений, ограблений, угонов машин и других преступлений, а также самоубийств и дорожно-транспортных происшествий, уменьшение затрат на содержание заключенных в тюрьмах и расходов на пособия матерям-одиночкам, уменьшение количества инвалидов и детей в детдомах и интернатах, падение показателей разводов и абортотв, снятие остроты проблемы бродяжничества, усиление обороноспособности армии и т.д.

Борьба с алкогольными и наркотическими проблемами может стать подлинным стимулом экономического развития. В результате эти проблем, по оценке Института социальной и тендерной политики РАН, Россия теряет ежегодно минимум 500 млрд. рублей своего национального дохода (Ржаницина с соавт. 2005). Для российской экономики снижение производства и продажи крепких алкогольных напитков может иметь самые серьезные положительные последствия, поскольку приведет к снижению количества прогулов и несчастных случаев на рабочих местах. Однако наиболее значимым последствием такого шага станет ощутимый прогресс в сфере роста человеческого капитала, который является ведущим фактором интенсивного экономического роста современного типа (см., например: Мельянцеv 1996, 2003, 2004).

Необходимо принять меры и для устранения другого важнейшего фактора демографического кризиса в России - потребления особо опасных наркотиков, прежде всего, инъективных. Для получения эффекта в деле борьбы с потреблением особо опасных наркотиков в России необходимо воздействовать на все звенья цепи "производитель - посредник - покупатель".

Относительно стратегий наркополитики, приведем мнение видного деятеля по борьбе с наркотиками Т. Халлберга из Швеции, одной из наиболее успешных стран в этом отношении. Халлберг пишет:

"Одной из стратегий является попытка ограничить доступ. В течение многих лет ООН, среди прочих, жестко проводила эту линию. Если никакие наркотики не поступают в страну, то нечем и злоупотреблять. Однако все большая интернационализация нашего мира и все более открытые границы продемонстрировали, что усилия таможи и полиции в большинстве стран оказывают только поверхностный, маргинальный эффект на доступность наркотиков. Объемы изъятия наркотиков, сообщаемые таможами многих стран, составляя самое большее 10% от того объема, который проходит через границу. Такого рода данные должны подвергаться критической оценке, но все же они показывают, как сама таможня рассматривает свои возможности по ограничению доступа в страну наркотических веществ. <...>

³ Ответом на алкогольную угрозу стал целый комплекс мер, предпринятых правительствами североευропейских стран. В 1865 году в Швеции была введена Гетеборгская (известная также как "Готенбургская") система, согласно которой право продавать спиртное предоставлялось только акционерным обществам, имевшим специальное разрешение. Им отдавалось от 5 до 6 % прибыли от реализации спиртного. Остальная часть выручки поступала в казну. Продажа допускалась только в хорошо оборудованных заведениях, при наличии широкого выбора горячих закусок и блюд. Не продавалось спиртное в долг, пьяным и детям. С некоторыми изменениями Гетеборгская система была введена в Норвегии и Финляндии. Модификацией Гетеборгской системы стала система Братта, принятая в Швеции в 1919 г. По системе Братта право на покупку не более четырех литров спиртного в течение месяца имел глава семьи или лицо в возрасте не менее 21 года, имевшее постоянную работу; карточка на право получения продукта была действительна только для определенного магазина.

⁴ Или 184, согласно Р. Хаугу (Hauge 2000).

Во времена президента Рейгана проводилась большая кампания против наркотиков. Она велась женой президента, и о ней вспоминают до сих пор. Во многом это определялось характером рекламы, показывавшейся на ТВ, в которой демонстрировалось вредное воздействие наркотиков. В ходе кампании многие общественные организации проводили акции по информированию о наркотиках. Рекламные бюро помогали кампании бесплатно, ТВ каналы бесплатно предоставляли время для тематических показов. Многие известные люди постарались рассказать, как опасны нелегальные наркотики. До начала кампании в США число молодых людей, пробовавших наркотики, было невероятно высоко. Среди 16-летних число тех, кто хотя бы раз в жизни попробовал нелегальные наркотики, приближалось к 50%. Результатом, достигнутым в ходе кампании, стало то, что общее отношение к наркотикам стало более негативным. Когда общее отношение к наркотикам становится более негативным, меньше людей пробует их. Это тоже было научно доказано в ходе кампании.

Какой же результат был достигнут в итоге? Исследования, проведенные по ее окончании, показали, что только около 30% 16-летних молодых людей пробовали наркотики. Для сравнения, в Швеции в начале 90-х наркотики пробовали примерно 3-4% молодежи того же возраста. <...>

В Швеции действует установка полного неприятия наркотиков. Так же, как и России, здесь запрещено употреблять наркотики. Каждый год полиция берет пробы мочи или крови у 12 000 человек, подозреваемых в употреблении незаконных наркотиков. Примерно 90% их них осуждаются за правонарушение и подвергаются соответствующему наказанию... Этот метод обладает высокой частотой попадания (какие еще типы правонарушений выявляются на 90%?)..." (Халлберг 2005).

Следует учитывать, что наркозависимые в массовом порядке вовлекают своих знакомых в потребление наркотиков, прежде всего для того, чтобы, продавая наркотики "новичкам", обеспечивать себе финансовые возможности для покупки зелья (ведь наркотики довольно дороги; в России только на начальном этапе зависимости наркоман, принимающий героин, тратит на наркотик около 600 рублей в день, а в дальнейшем эта сумма увеличивается). По оценкам экспертов, в среднем одному наркоману удается привлечь 10-12 новых пользователей наркотиков. Для разрушения этой системы необходимо изолировать наркоманов от потенциальных жертв наркоэпидемии. Поэтому в ряде европейских стран хранение даже небольших доз наиболее опасных наркотиков ведет к тюремному заключению или принудительному лечению (WHO 1999; Ржаницина с соавт. 2005). Учитывая известные недостатки российской пенитенциарной системы, мы склоняемся к последнему варианту.

Необходимо также помнить, что именно прилегающий к границам бывшего Советского Союза подконтрольный НАТО Афганистан за последнее десятилетие выбился в мировые лидеры по производству опиатов. Если в 1990 г. в Афганистане, по оценкам экспертов, производилось сырье, необходимое для производства 1570 тонн опиатов, то в 2003 г. этот показатель достиг 3600 тонн (более 80% мирового экспорта) (United Nations 2004). Для ослабления потоков опиатов из Афганистана в Россию необходимо кардинальное усиление южной российской, южной казахстанской и/или бывшей советско-афганской границ, постоянное дипломатическое давление на страны НАТО, в особенности на США, требование борьбы с производством опиатов, которое не только убивают миллионы молодых людей по всему миру, в особенности на постсоветском пространстве, но и является источником финансирования международного терроризма.

В случае если перечисленные выше меры окажутся малоэффективными (а это весьма вероятно), имеет смысл обсуждать такие варианты, как радикальные действия по ликвидации плантаций мака в Афганистане (желательно с международным участием), строительство пограничной полосы на границе с Казахстаном и введение высшей меры наказания за распространение тяжелых наркотиков.

Крепкий алкоголь и тяжелые наркотики представляют собой истинные угрозы национальной безопасности страны. С 1990 по 2001 гг. от алкоголя в России умерло 7 миллионов человек (Немцов 2003), что в несколько тысяч раз превышает все потери от терроризма за этот период (за пределами Чечни). Такое отношение к населению ведет к вымиранию нации и, в результате, к угрозе самому существованию России. Развал страны при массовой депопуляции Сибири и Дальнего Востока весьма вероятен (именно в этих регионах алкогольные и наркотические потери особенно велики) (см. напр.: Бестужев-Лада и др. 2004).

Алкогольная и наркотическая сверхсмертность в России и соседних государствах достигает таких масштабов, что речь идет о самой настоящей гуманитарной катастрофе. Сотни тысяч людей ежегодно умирают от опасности, серьезность которой они до конца не представляли. Десятки тысяч молодых людей приобщаются к героину и амфетамину, просто не осознавая, что тем самым преступают роковую черту, шагая в большинстве случаев ранней смерти.

Представители интеллектуальной и правящей элиты ведут между собой оживленные дискуссии о судьбах России, не замечая страшной реальности. Между тем, как показывает мировой опыт, прекратить эти бессмысленные человеческие потери можно и нужно. Компетентные и целенаправленные действия способны существенно снизить потребление тяжелых наркотиков, крепких алкогольных напитков и алкоголя, в целом. Интеллектуальная и правящая элиты должны как можно скорее приложить усилия к обсуждению, выработке и внедрению эффективных программ по борьбе с потреблением алкоголя и наркотиков (а в особенности, с потреблением крепких алкогольных напитков и инъективных наркотиков), и остановить тем самым вымирание россиян.

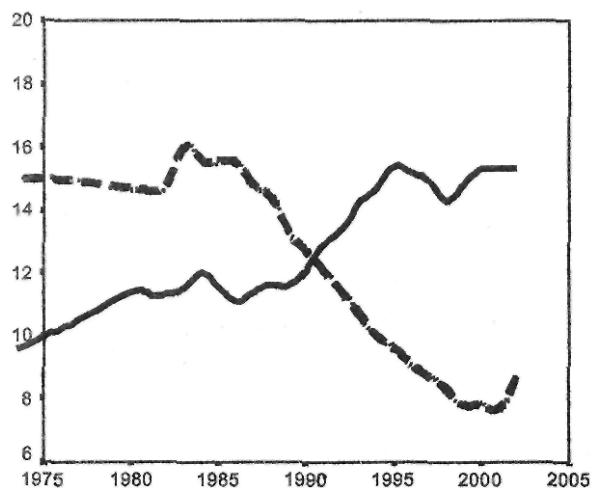
Приложение 1

Диагр. 1.1. Демографические показатели России в 1979-2002 г. (World Bank 2004)

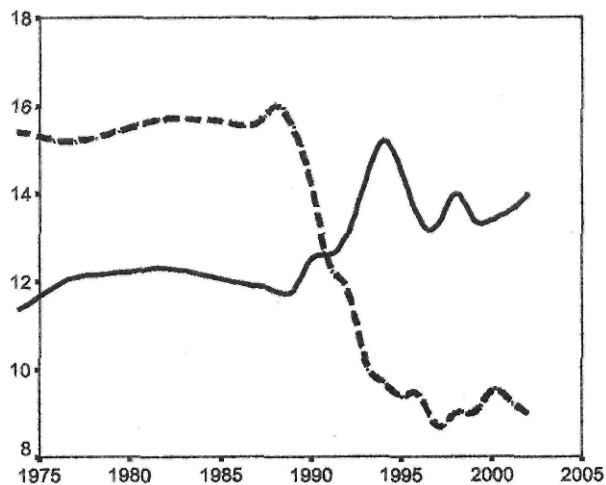
Год	Рождаемость (на 1000 чел.)	Смертность (на 1000 чел.)
1979	15,80	10,80
1980	15,90	11,00
1981	16,00	10,90
1982	16,60	10,70
1983	17,50	11,10
1984	16,90	11,60
1985	16,60	11,30
1986	17,20	10,40
1987	17,20	10,50
1988	16,00	10,70
1989	14,60	10,70
1990	13,40	11,20
1991	12,10	11,40
1992	10,70	12,20
1993	9,40	14,50
1994	9,50	15,70
1995	9,30	15,00
1996	8,90	14,20
1997	8,60	13,80
1998	8,80	13,50
1999	8,30	14,60
2000	8,70	15,40
2001	9,10	15,60
2002	9,80	15,40

Диагр. 1.1. Рождаемость (---) и смертность (—), ‰ в странах мира в 1975–2003 г. (World Bank 2004, UNICEF 2004)

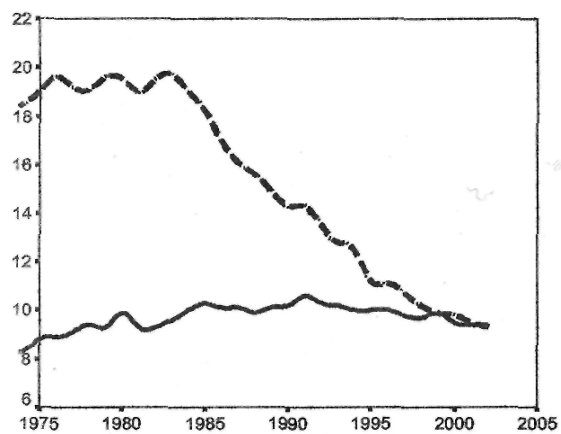
Украина



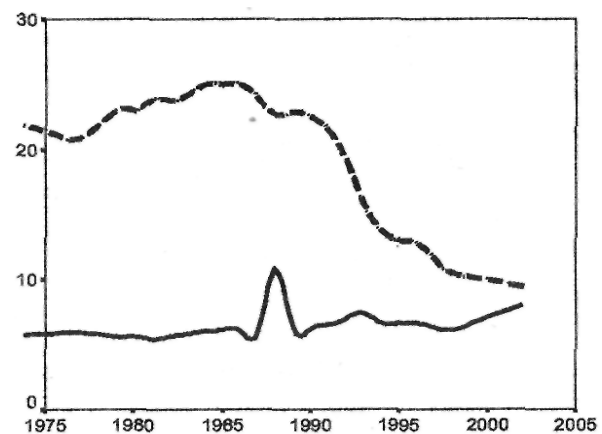
Эстония



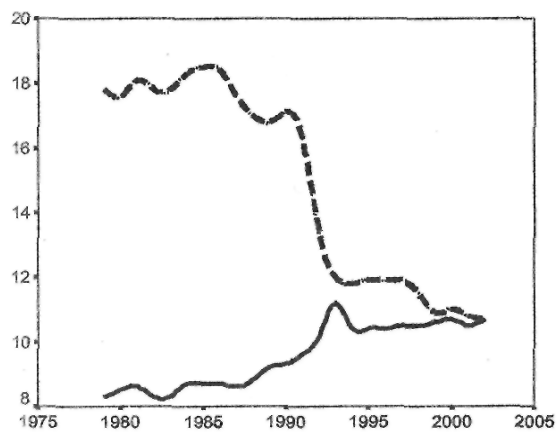
Польша



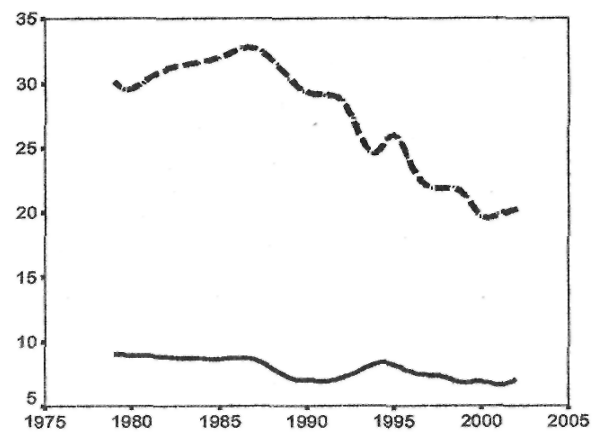
Армения



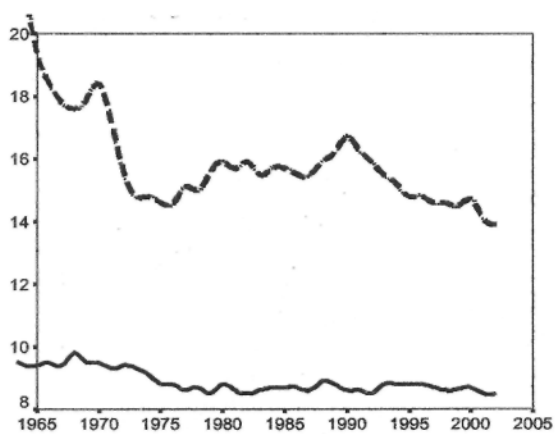
Грузия



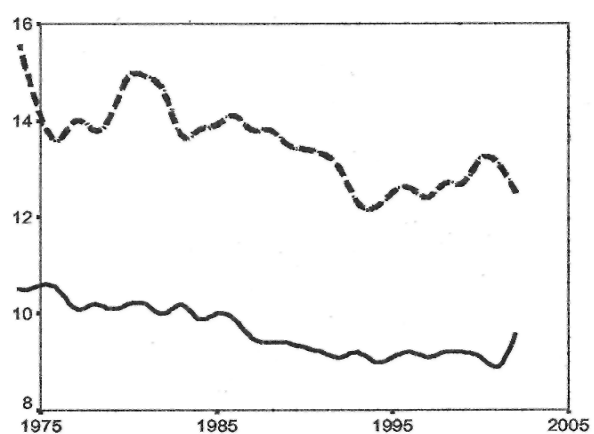
Киргизия



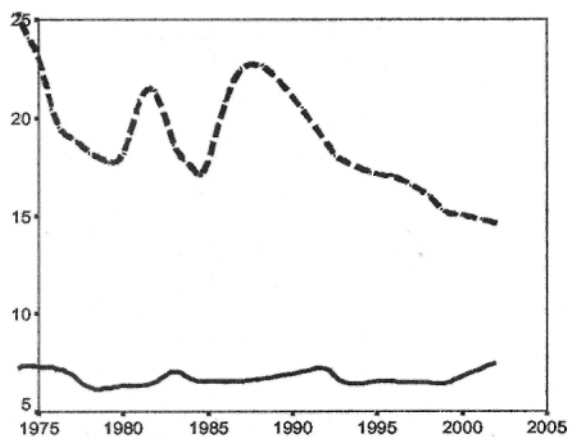
США



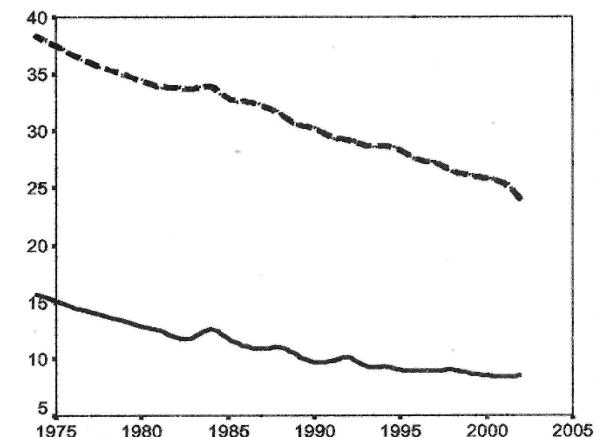
Франция



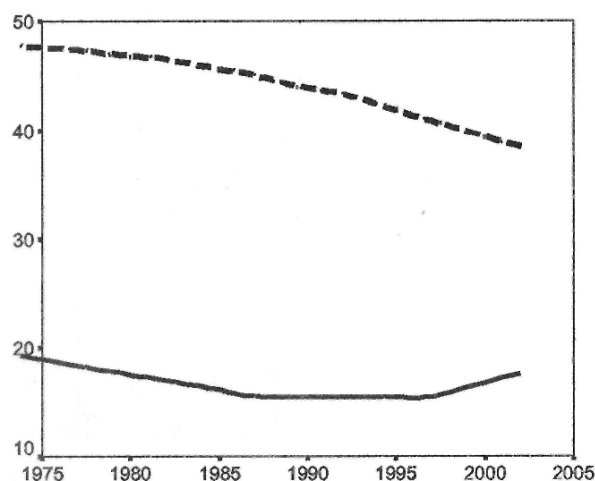
Китай



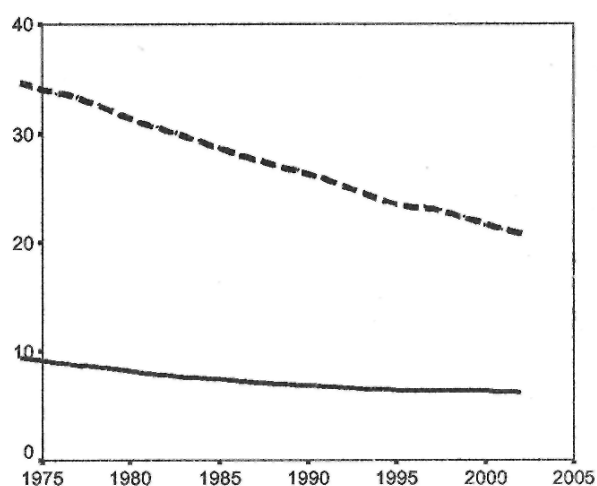
Индия



Африка южнее Сахары



Латинская Америка



Диагр. 1.2. Динамика производства ВВП на душу населения в Эстонии, России, Грузии, Армении и Узбекистане в 1990-1994 гг. (ВВП на душу населения в 1990 г. = 100)

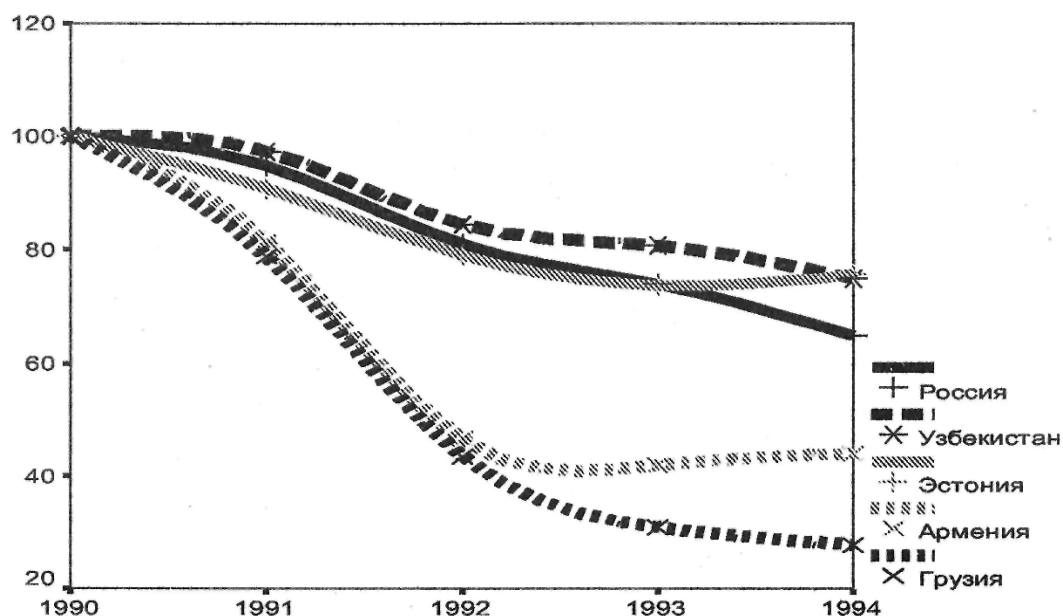


Табл. 1.2. Динамика производства ВВП на душу насел. в Эстонии, России, Грузии, Армении и Узбекист. в 1990-1994 гг.

Год	Производство ВВП на душу населения									
	Абсолютные показатели (в международных долларах 1990 г. в паритетах покупательной способности /ППС)					Относительные показатели (1990 = 100)				
	Россия	Узбекистан	Эстония	Армения	Грузия	Россия	Узбекистан	Эстония	Армения	Грузия
1990	7762	4264	10733	6142	7569	100	100	100	100	100
1991	7361	4152	9757	5005	5969	94,83	97,37	90,91	81,49	78,9
1992	6289	3606	8496	2858	3293	81,02	84,57	79,16	46,53	43,5
1993	5745	3443	7917	2573	2335	74,01	80,75	73,76	41,89	30,8
1994	5024	3199	8123	2701	2100	64,73	75,02	75,68	43,98	27,7

ПРИМЕЧАНИЕ: источник данных - Maddison 2001: 341.

Диagr. 1.3. Динамика смертности (на 1000 чел.) в Эстонии, России, Грузии, Армении и Узбекистане в 1990-1994 гг.

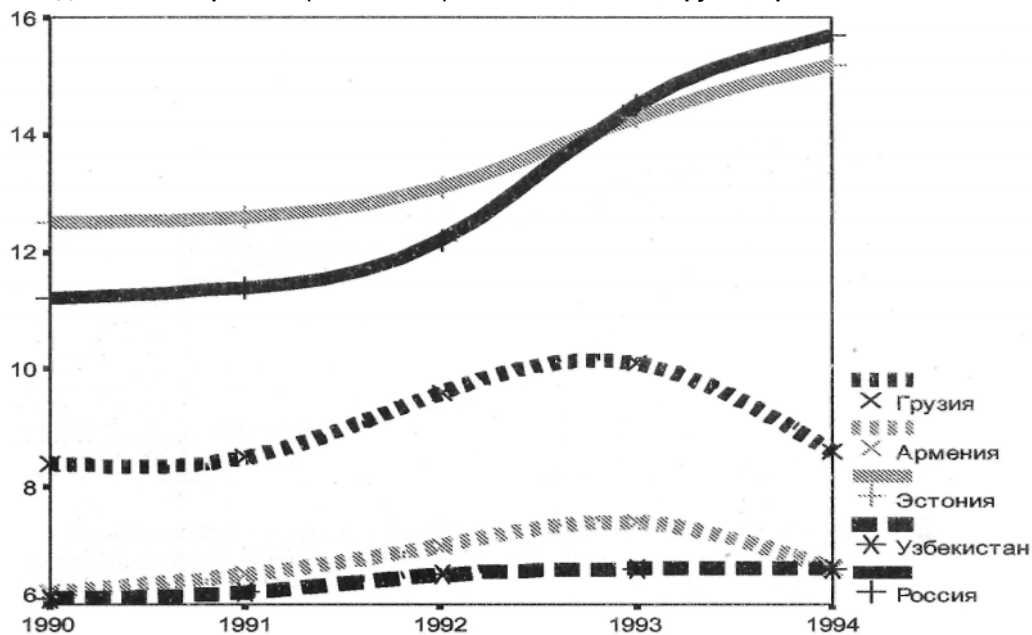


Табл. 1.3. Динамика смертности в Эстонии, России, Грузии, Армении и Узбекистане в 1990-1994 гг.

Год	Смертность									
	Абсолютные показатели (на 1000 чел.)					Относительные показатели (1990 = 100)				
	Россия	Узбекистан	Эстония	Армения	Грузия	Россия	Узбекистан	Эстония	Армения	Грузия
1990	11,2	6,1	12,5	6,2	8,4	100	100	100	100	100
1991	11,4	6,2	12,6	6,5	8,5	101,8	101,6	100,8	104,8	101,2
1992	12,2	6,5	13,1	7	9,6	108,9	106,6	104,8	112,9	114,3
1993	14,5	6,6	14,3	7,4	10,1	129,5	108,2	114,4	119,4	120,2
1994	15,7	6,6	15,2	6,6	8,6	140,2	108,2	121,6	106,5	102,4

ПРИМЕЧАНИЕ: источник данных - World Bank 2004.

Диagr. 1.4. Динамика смертности детей в возрасте до 5 лет (на 1000 живорождений) по Эстонии, России, Грузии, Армении и Узбекистану за 1990-1994 гг.

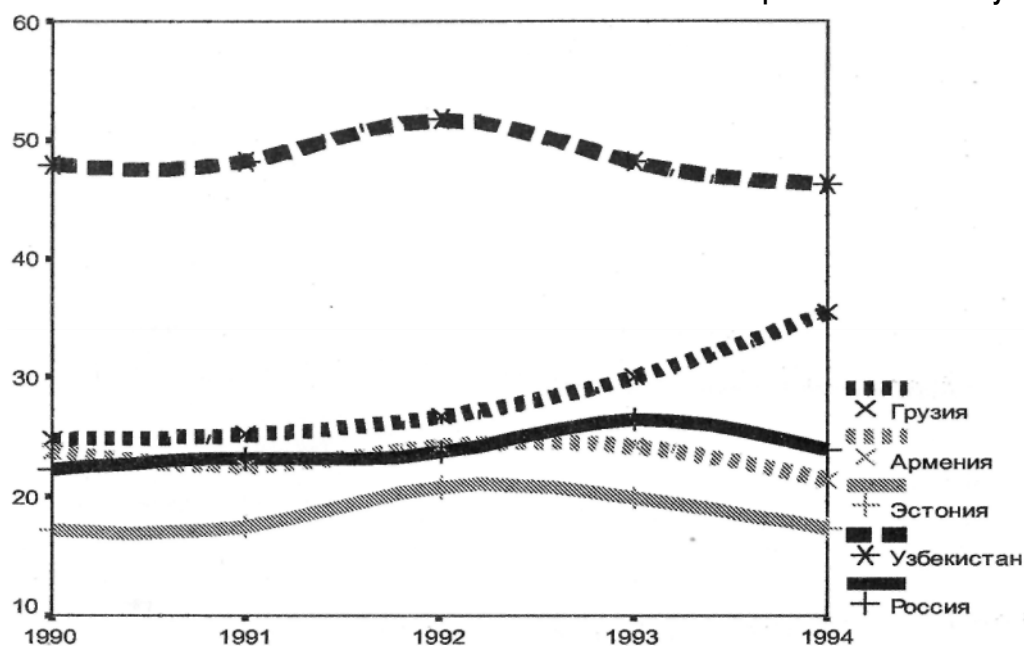


Табл. 1.4. Динамика смертности детей в возрасте до 5 лет (на 1000 живорождений) по Эстонии, России, Грузии, Армении и Узбекистану за 1990-1994 гг.

Год	Детская смертность									
	Абсолютные показатели (на 1000 живорождений)					Относительные показатели (1990 = 100)				
	Россия	Узбекистан	Эстония	Армения	Грузия	Россия	Узбекистан	Эстония	Армения	Грузия
1990	22,3	47,9	17,2	23,8	24,8	100	100	100	100	100
1991	23,2	48,2	17,5	22,6	25,2	104,0	100,6	101,7	95,0	101,6
1992	23,7	51,7	20,8	24,2	26,7	106,3	107,9	120,9	101,7	107,7
1993	26,4	48,1	19,9	24,2	—	118,4	100,4	115,7	101,7	—
1994	23,9	46,2	17,4	21,4	35,4	107,2	96,5	101,2	89,9	142,7

ПРИМЕЧАНИЕ: источник данных - UNICEF 2004: 68.

Диагр. 1.5 Динамика младенческой смертности (на 1000 живорождений) по Эстонии, России, Грузии, Армении и Узбекистану за 1990-1994 гг.

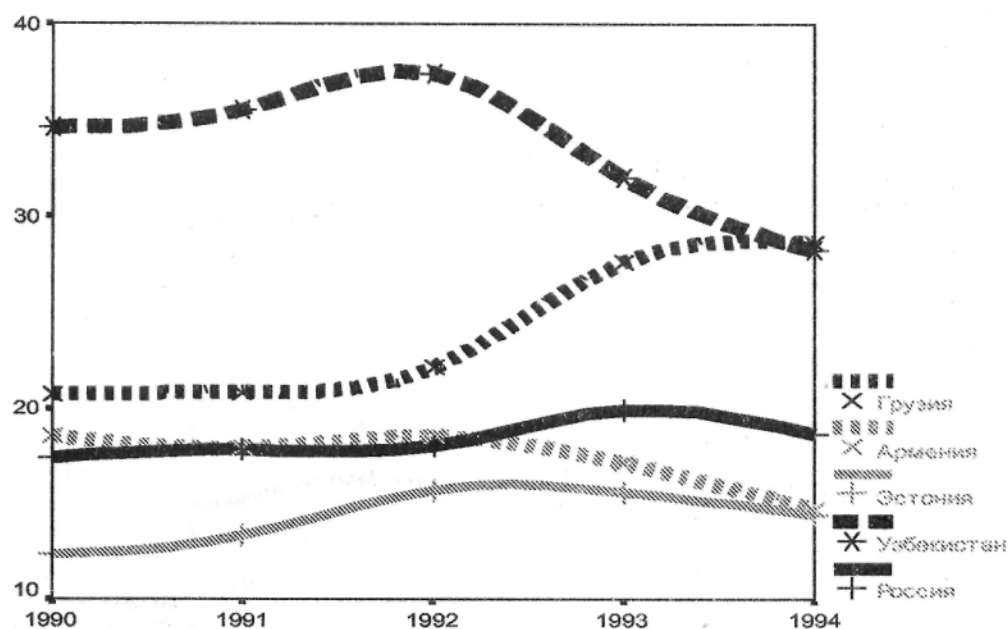


Табл. 1.5. Динамика младенческой смертности (на 1000 живорождений) по Эстонии, России, Грузии, Армении и Узбекистану за 1990-1994 гг.

Год	Младенческая смертность									
	Абсолютные показатели (на 1000 живорождений)					Относительные показатели (1990 = 100)				
	Россия	Узбекистан	Эстония	Армения	Грузия	Россия	Узбекистан	Эстония	Армения	Грузия
1990	17,4	34,6	12,3	18,5	20,7	100	100	100	100	100
1991	17,8	35,5	13,3	17,9	20,8	102,3	102,6	108,1	96,8	100,5
1992	18	37,4	15,7	18,5	22,1	103,4	108,1	127,6	100	106,8
1993	19,9	32	15,6	17,1	27,6	114,4	92,5	126,8	92,4	133,3
1994	18,6	28,2	14,4	14,7	28,6	106,9	81,5	117,1	79,5	138,2

ПРИМЕЧАНИЕ: источник данных - UNICEF 2004: 67.

Диагр. 1.6. Динамика смертности мужчин в возрасте 20-24 лет (на 1000 человек соответствующей группы населения) по Эстонии, России, Грузии, Армении и Узбекистану за 1990-1994 гг.

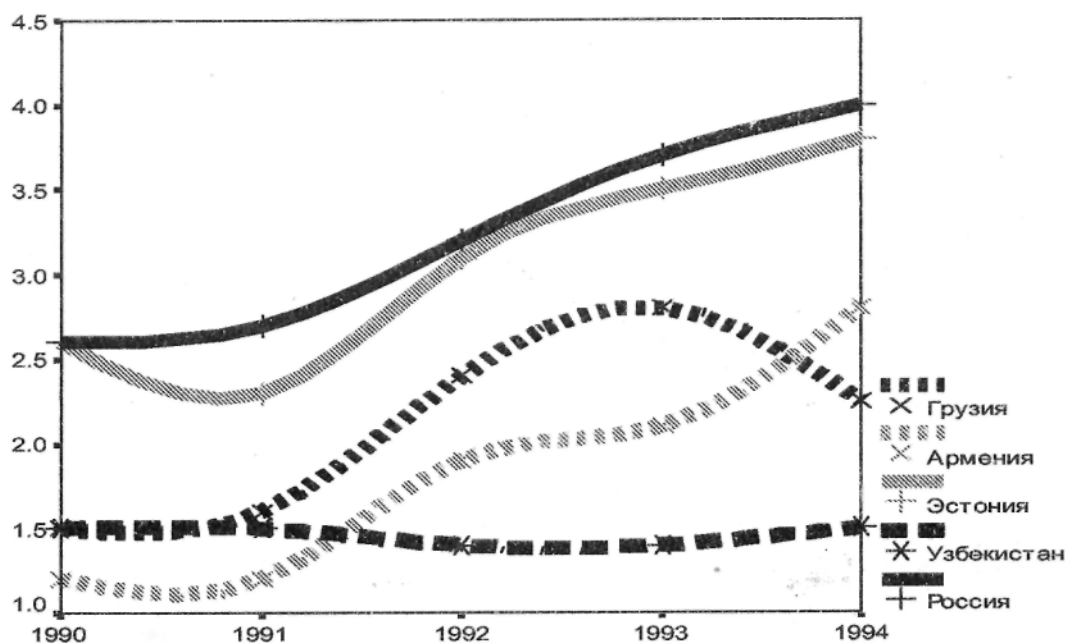


Табл. 1.6. Динамика смертности мужчин в возрасте 20-24 лет по Эстонии, России, Грузии, Армении и Узбекистану за 1990-1994 гг.

Год	Смертность									
	Абсолютные показатели (на 1000 чел. соответствующей группы населения)					Относительные показатели (1990 = 100)				
	Россия	Узбекистан	Эстония	Армения	Грузия	Россия	Узбекистан	Эстония	Армения	Грузия
1990	2,6	1,5	2,6	1,2	1,5	100	100	100	100	100
1991	2,7	1,5	2,3	1,2	1,6	103,8	100	88,5	100	106,7
1992	3,2	1,4	3,1	1,9	2,4	123,1	93,3	119,2	158,3	160
1993	3,7	1,4	3,5	2,1	2,8	142,1	93,3	134,6	175	186,7
1994	4	1,5	3,8	2,8	2,25	153,8	100	146,2	233,3	150

Диагр. 1.7. Динамика смертности мужчин в возрасте 25-39 лет (на 1000 человек соответствующей группы населения) по Эстонии, России, Грузии, Армении и Узбекистану за 1990-1994 гг.

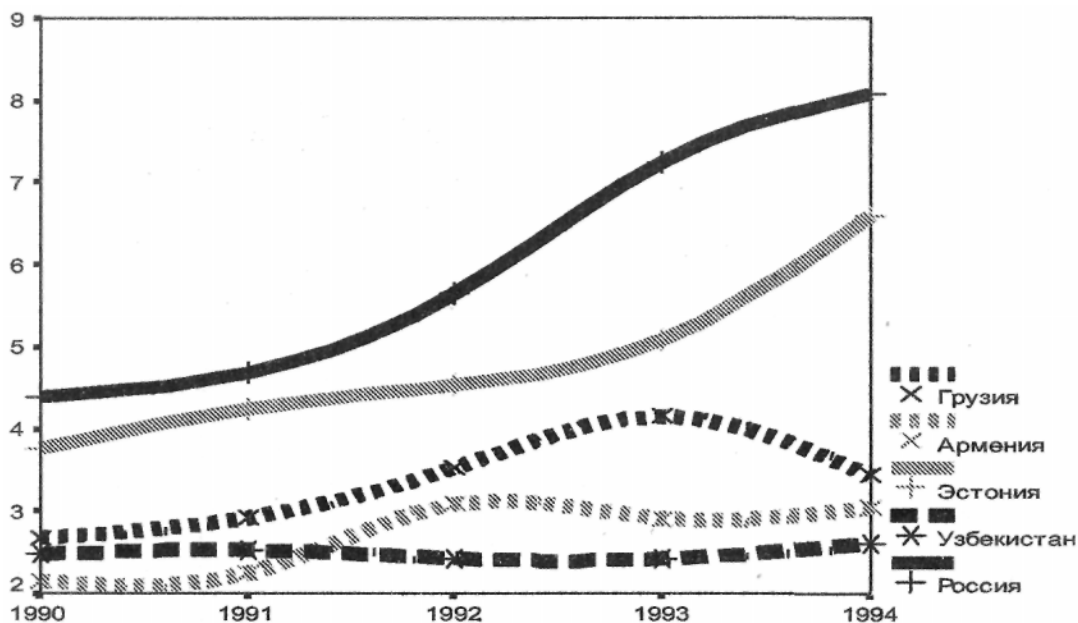


Табл. 1.7. Динамика смертности мужчин в возрасте 25-39 лет по Эстонии, России, Грузии, Армении и Узбекистану за 1990-1994 гг.

Год	Смертность									
	Абсолютные показатели (на 1000 чел. соответствующей группы населения)					Относительные показатели (1990 = 100)				
	Россия	Узбекистан	Эстония	Армения	Грузия	Россия	Узбекистан	Эстония	Армения	Грузия
1990	4,38	2,47	3,76	2,15	2,68	100	100	100	100	100
1991	4,69	2,53	4,24	2,24	2,92	107,1	102,4	112,8	104,2	109,0
1992	5,65	2,42	4,53	3,09	3,53	129,0	98,0	120,5	143,7	131,7
1993	7,25	2,42	5,09	2,91	4,15	165,5	98,0	135,4	135,3	154,9
1994	8,08	2,61	6,58	3,05	3,44	184,5	105,7	175	141,9	128,4

Диагр. 1.8. Динамика смертности мужчин в возрасте 40-59 лет (на 1000 человек соответствующей группы населения) по Эстонии, России, Грузии, Армении и Узбекистану за 1990-1994 гг.

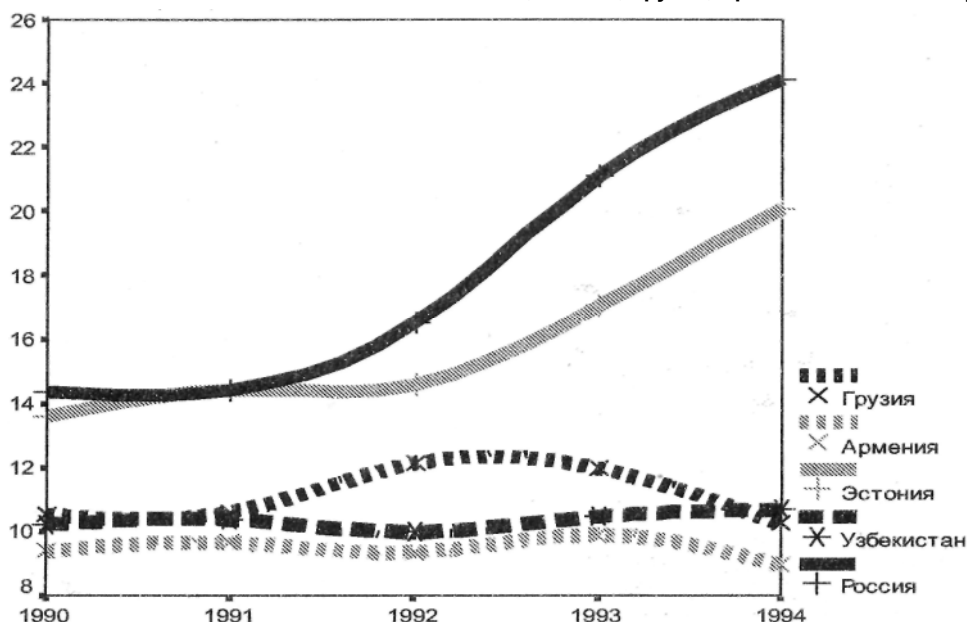


Табл. 1.8. Динамика смертности мужчин в возрасте 40-59 лет по Эстонии, России, Грузии, Армении и Узбекистану за 1990-1994 гг.

Год	Смертность									
	Абсолютные показатели (на 1000 чел. соответствующей группы населения)					Относительные показатели (1990 = 100)				
	Россия	Узбекистан	Эстония	Армения	Грузия	Россия	Узбекистан	Эстония	Армения	Грузия
1990	14,35	10,22	13,58	9,38	10,52	100	100	100	100	100
1991	14,42	10,37	14,42	9,65	10,59	100,5	101,5	106,2	102,9	100,7
1992	16,5	9,98	14,58	9,35	12,14	115,0	97,7	107,4	99,7	115,4
1993	21,09	10,46	17,03	9,9	11,98	147,0	102,3	125,4	105,5	113,9
1994	24,11	10,67	20,07	8,95	10,24	168,0	104,4	147,8	95,4	97,3

ПРИМЕЧАНИЕ: источник данных - UNICEF 2004: 74-76.

Диагр. 1.9. Динамика смертности женщин в возрасте 20-24 лет (на 1000 человек соответствующей группы населения) по Эстонии, России, Грузии, Армении и Узбекистану за 1990-1994 гг.

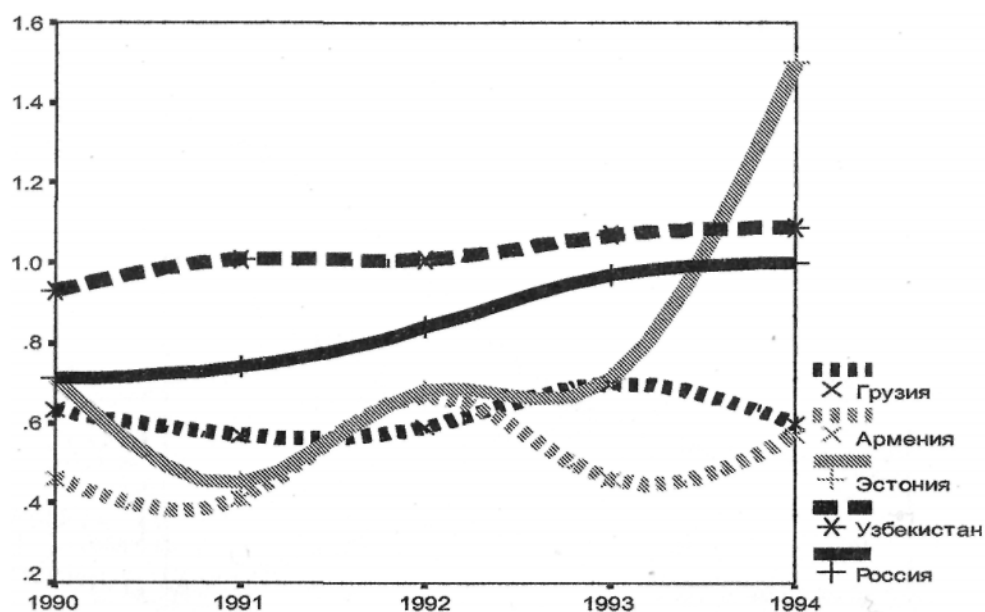


Табл. 1.9. Динамика смертности женщин в возрасте 20-24 лет по Эстонии, России, Грузии, Армении и Узбекистану за 1990-1994 гг.

Год	Смертность									
	Абсолютные показатели (на 1000 чел. соотв. группы)					Относительные показатели (1990 = 100)				
	Россия	Узбекистан	Эстония	Армения	Грузия	Россия	Узбекистан	Эстония	Армения	Грузия
1990	0,71	0,93	0,71	0,46	0,63	100,00	100,00	100,00	100,00	100,0
1991	0,74	1,01	0,45	0,41	0,57	104,23	108,60	63,38	89,13	90,48
1992	0,84	1,01	0,68	0,67	0,59	118,31	108,60	95,77	145,65	93,65
1993	0,97	1,07	0,71	0,46	0,7	136,62	115,05	100,00	100,00	111,1
1994	1	1,09	1,5	0,57	0,6	140,85	117,20	211,27	123,91	95,24

Диагр. 1.10. Динамика смертности женщин в возрасте 25-39 лет (на 1000 человек соответствующей группы населения) по Эстонии, России, Грузии, Армении и Узбекистану за 1990-1994 гг.

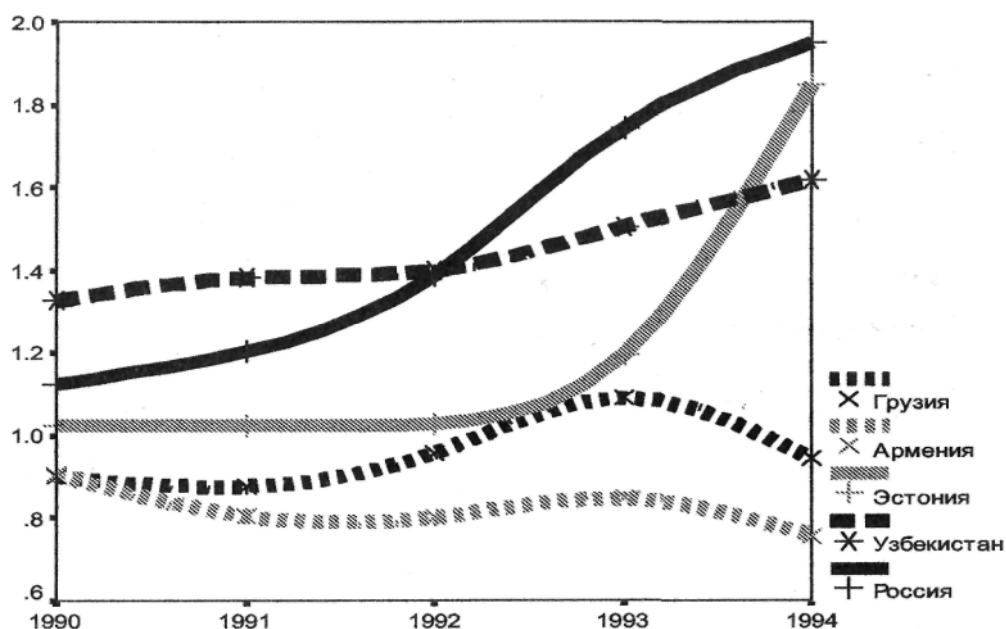


Табл. 1.10. Динамика смертности женщин в возрасте 25-39 лет по Эстонии, России, Грузии, Армении и Узбекистану за 1990-1994 гг.

Год	Смертность									
	Абсолютные показатели (на 1000 чел. соответствующей группы населения)					Относительные показатели (1990 - 100)				
	Россия	Узбекистан	Эстония	Армения	Грузия	Россия	Узбекистан	Эстония	Армения	Грузия
1990	1,13	1,33	1,02	0,91	0,9	100	100	100	100	100
1991	1,2	1,38	1,02	0,81	0,88	106,2	103,8	100	89,0	97,8
1992	1,39	1,4	1,03	0,8	0,96	123,0	105,3	101,0	87,9	106,7
1993	1,75	1,51	1,2	0,85	1,09	154,9	113,5	117,6	93,4	121,1
1994	1,95	1,62	1,85	0,76	0,94	172,6	121,8	181,4	83,5	104,4

Диагр. 1.11. Динамика смертности женщин в возрасте 40-59 лет (на 1000 человек соответствующей группы населения) по Эстонии, России, Грузии, Армении и Узбекистану за 1990-1994 гг.

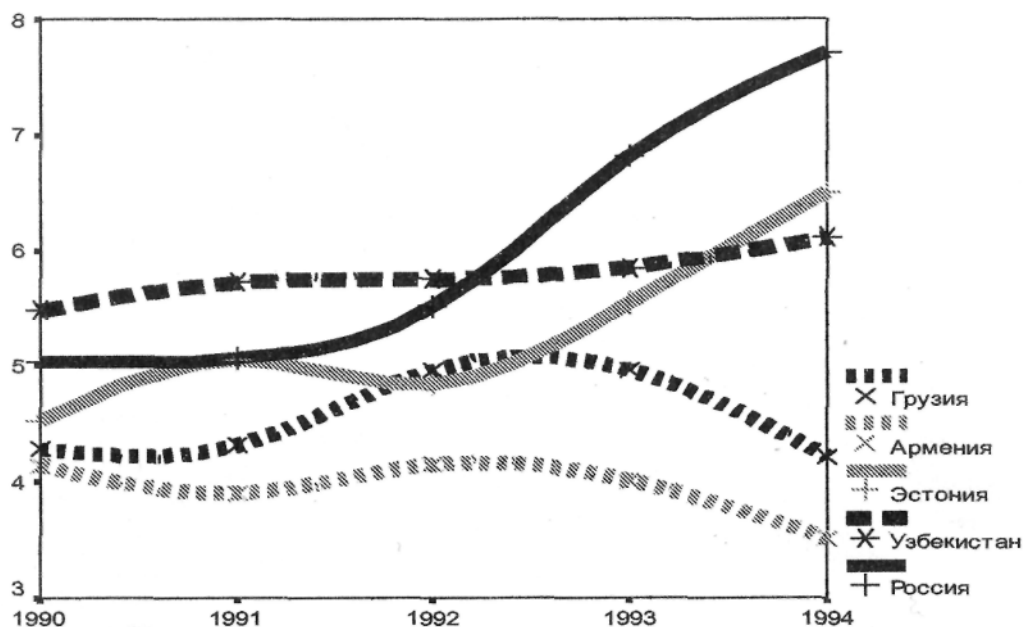


Табл. 1.11. Динамика смертности женщин в возрасте 40-59 лет по Эстонии, России, Грузии, Армении и Узбекистану за 1990-1994 гг.

Год	Смертность									
	Абсолютные показатели (на 1000 чел. соответствующей группы населения)					Относительные показатели (1990 -100)				
	Россия	Узбекистан	Эстония	Армения	Грузия	Россия	Узбекистан	Эстония	Армения	Грузия
1990	5,04	5,48	4,52	4,14	4,28	100	100	100	100	100
1991	5,06	5,72	5,05	3,9	4,31	100,4	104,4	111,7	94,2	100,7
1992	5,51	5,75	4,84	4,15	4,96	109,3	104,9	107,1	100,2	115,9
1993	6,82	5,85	5,55	4,01	4,96	135,3	106,8	122,8	96,9	115,9
1994	7,71	6,11	6,5	3,51	4,22	153,0	111,5	143,8	84,8	98,6

ПРИМЕЧАНИЕ: источник данных - UNICEF 2004: 73-75.

Табл. 1.12. Половозрастная динамика смертности, 1990-1994 (сводная таблица) А)

А)

Россия			Эстония		
Женщины в возрасте 20-24 лет	Смертность в 1990 г.	0,71	Женщины в возрасте 20-24 лет	Смертность в 1990 г.	0,71
	Смертность в 1994 г.	1,0		Смертность в 1994 г.	1,50
	Изменение смертности за 1990-1994 гг.	+0,29		Изменение смертности за 1990-1994 гг.	+0,79
Мужчины в возрасте 20-24 лет	Смертность в 1990 г.	2,6	Мужчины в возрасте 20-24 лет	Смертность в 1990 г.	2,6
	Смертность в 1994 г.	4,0		Смертность в 1994 г.	3,8
	Изменение смертности за 1990-1994 гг.	+1,4		Изменение смертности за 1990-1994 гг.	+1,6
Женщины в возрасте 25-39 лет	Смертность в 1990 г.	1,13	Женщины в возрасте 25-39 лет	Смертность в 1990 г.	1,02
	Смертность в 1994 г.	1,95		Смертность в 1994 г.	1,85
	Изменение смертности за 1990-1994 гг.	+0,82		Изменение смертности за 1990-1994 гг.	+0,83
Мужчины в возрасте 25-39 лет	Смертность в 1990 г.	4,38	Мужчины в возрасте 25-39 лет	Смертность в 1990 г.	3,76
	Смертность в 1994 г.	8,08		Смертность в 1994 г.	6,58
	Изменение смертности за 1990-1994 гг.	+3,7		Изменение смертности за 1990-1994 гг.	+2,82
Женщины в возрасте 40-59 лет	Смертность в 1990 г.	5,04	Женщины в возрасте 40-59 лет	Смертность в 1990 г.	4,52
	Смертность в 1994 г.	7,71		Смертность в 1994 г.	6,5
	Изменение смертности за 1990-1994 гг.	+2,67		Изменение смертности за 1990-1994 гг.	+1,98
Мужчины в возрасте 40-59 лет	Смертность в 1990 г.	14,35	Мужчины в возрасте 40-59 лет	Смертность в 1990 г.	13,58
	Смертность в 1994 г.	24,11		Смертность в 1994 г.	20,07
	Изменение смертности за 1990-1994 гг.	+9,76		Изменение смертности за 1990-1994 гг.	+6,49

В)

Грузия			Армения		
Женщины в возрасте 20-24 лет	Смертность в 1990 г.	0,63	Женщины в возрасте 20-24 лет	Смертность в 1990 г.	0,46
	Смертность в 1994 г.	0,59		Смертность в 1994 г.	0,57
	Изменение смертности за 1990-1994 гг.	-0,04		Изменение смертности за 1990-1994 гг.	+ 0,11
Мужчины в возрасте 20-24 лет	Смертность в, 1990 г.	1,50	Мужчины в возрасте 20-24 лет	Смертность в 1990 г.	1,17
	Смертность в 1994 г.	2,25		Смертность в 1994 г.	2,84
	Изменение смертности за 1990-1994 гг.	+0,75		Изменение смертности за 1990-1994 гг.	+ 1,67
Женщины в возрасте 25-39 лет	Смертность в 1990 г.	0,90	Женщины в возрасте 25-39 лет	Смертность в 1990 г.	0,91
	Смертность в 1994 г.	0,94		Смертность в 1994 г.	0,76
	Изменение смертности за 1990-1994 гг.	+ 0,04		Изменение смертности за 1990-1994 гг.	-0,15
Мужчины в возрасте 25-39 лет	Смертность в 1990 г.	2,68	Мужчины в возрасте 25-39 лет	Смертность в 1990 г.	2,15
	Смертность в 1994 г.	3,44		Смертность в 1994 г.	3,05
	Изменение смертности за 1990-1994 гг.	+ 0,76		Изменение смертности за 1990-1994 гг.	+ 0,90
Женщины в возрасте 40-59 лет	Смертность в 1990 г.	4,28	Женщины в возрасте 40-59 лет	Смертность в 1990 г.	4,14
	Смертность в 1994 г.	4,22		Смертность в 1994 г.	3,51
	Изменение смертности за 1990-1994 гг.	-0,06		Изменение смертности за 1990-1994 гг.	-0,63
Мужчины в возрасте 40-59 лет	Смертность в 1990 г.	10,52	Мужчины в возрасте 40-59 лет	Смертность в 1990 г.	9,38
	Смертность в 1994 г.	10,24		Смертность в 1994 г.	8,95
	Изменение смертности за 1990-1994 гг.	-0,28		Изменение смертности за 1990-1994 гг.	-0,43

С)

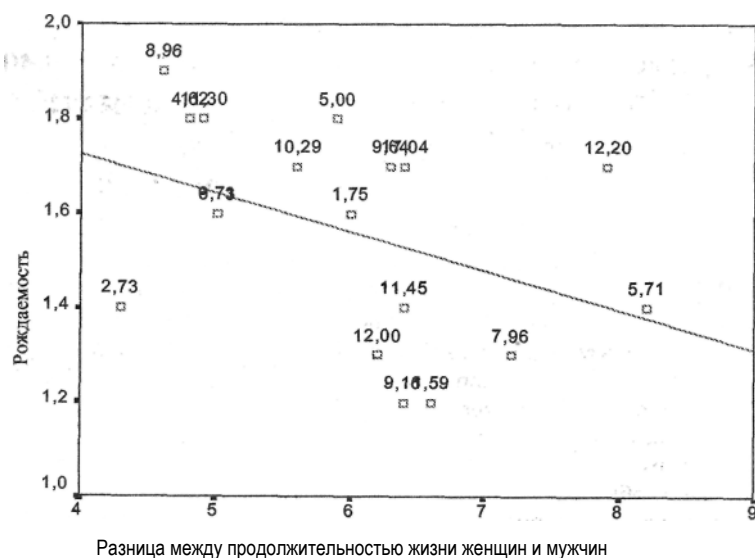
Узбекистан			Украина		
Женщины 20-24 лет	Смертность в 1990 г.	0,93	Женщины 20-24 лет	Смертность в 1990 г.	0,61
	Смертность в 1994 г.	1,09		Смертность в 1994 г.	0,77
	Изменение смертности за 1990-1994 гг.	+0,16		Изменение смертности за 1990-1994 гг.	+0,16
Мужчины в 20-24 лет	Смертность в 1990 г.	1,47	Мужчины 20-24 лет	Смертность в 1990 г.	2,60
	Смертность в 1994 г.	1,48		Смертность в 1994 г.	4,01
	Изменение смертности за 1990-1994 гг.	+0,01		Изменение смертности за 1990-1994 гг.	+1,41
Женщины 25-39 лет	Смертность в 1990 г.	1,33	Женщины 25-39 лет	Смертность в 1990 г.	1,04
	Смертность в 1994 г.	1,62		Смертность в 1994 г.	1,39
	Изменение смертности за 1990-1994 гг.	+0,29		Изменение смертности за 1990-1994 гг.	+0,35
Мужчины 25-39 лет	Смертность в 1990 г.	2,47	Мужчины 25-39 лет	Смертность в 1990 г.	3,57
	Смертность в 1994 г.	2,61		Смертность в 1994 г.	5,11
	Изменение смертности за 1990-1994 гг.	+0,14		Изменение смертности за 1990-1994 гг.	+1,54
Женщины 40-59 лет	Смертность в 1990 г.	5,48	Женщины 40-59 лет	Смертность в 1990 г.	4,84
	Смертность в 1994 г.	6,11		Смертность в 1994 г.	6,14
	Изменение смертности за 1990-1994 гг.	+0,63		Изменение смертности за 1990-1994 гг.	+1,3
Мужчины 40-59 лет	Смертность в 1990 г.	10,22	Мужчины 40-59 лет	Смертность в 1990 г.	13,10
	Смертность в 1994 г.	10,67		Смертность в 1994 г.	17,38
	Изменение смертности за 1990-1994 гг.	+0,45		Изменение смертности за 1990-1994 гг.	+4,28

ПРИМЕЧАНИЕ: источник данных - UNICEF 2004: 73-76.

Табл. 1.13. Динамика ожидаемой продолжительности жизни при рождении (количество лет) по Эстонии, Украине, России, Армении, Грузии, Узбекистану и Туркменистану за 1990-1994 гг.

		1990	1991	1992	1993	1994
Россия	Ожидаемая продолжительность жизни, мужчины	63,8	63,5	62	58,9	57,6
	Ожидаемая продолжительность жизни, женщины	74,3	74,3	73,8	71,9	71,2
	Разница между ожидаемой продолжительностью жизни женщин и мужчин	10,5	10,8	11,8	13	13,6
Эстония	Ожидаемая продолжительность жизни, мужчины	64,6	64,4	63,5	62,5	61,1
	Ожидаемая продолжительность жизни, женщины	74,6	74,8	74,7	73,8	73,1
	Разница между ожидаемой продолжительностью жизни женщин и мужчин	10	10,4	11,2	11,3	12
Украина	Ожидаемая продолжительность жизни, мужчины	66	66	64	64	62,8
	Ожидаемая продолжительность жизни, женщины	75	75	74	74	73,2
	Разница между ожидаемой продолжительностью жизни женщин и мужчин	9	9	10	10	10,4
Армения	Ожидаемая продолжительность жизни, мужчины	68,4	68,9	68,7	67,9	68,1
	Ожидаемая продолжительность жизни, женщины	75,2	75,6	75,5	74,4	74,9
	Разница между ожидаемой продолжительностью жизни женщин и мужчин	6,8	6,7	6,8	6,5	6,8
Грузия	Ожидаемая продолжительность жизни, мужчины	67,5	67,1	66	64,4	66
	Ожидаемая продолжительность жизни, женщины	75	75	74,6	73,2	74,1
	Разница между ожидаемой продолжительностью жизни женщин и мужчин	7,5	7,9	8,6	8,8	8,1
Узбекистан	Ожидаемая продолжительность жизни, мужчины	66,1	67,3	66,7	66,4	66,1
	Ожидаемая продолжительность жизни, женщины	72,4	73,3	72,1	71,5	71,2
	Разница между ожидаемой продолжительностью жизни женщин и мужчин	6,3	6	5,4	5,1	5,1
Туркменистан	Ожидаемая продолжительность жизни, мужчины	62,9	62,3	62,9	62,5	61,3
	Ожидаемая продолжительность жизни, женщины	69,7	69,3	69,4	68,8	67,8
	Разница между ожидаемой продолжительностью жизни женщин и мужчин	6,8	7	6,5	6,3	6,5

ПРИМЕЧАНИЕ: источник данных - UNICEF 2004: 72-73.



Диагр. 1.12. Корреляция показателей рождаемости и разницы между продолжительностью жизни женщин и мужчин (в странах с суммарным показателем рождаемости менее двух детей на женщину и с потреблением крепких алкогольных напитков менее двух литров алкоголя на душу населения в год; страны проиндексированы по среднему показателю потребления алкоголя в год)

ПРИМЕЧАНИЕ: $r = -0,41$; $a = 0,047$.

Приложение 2

Из доклада Всемирной организации здравоохранения при Организации объединенных наций по положению в мире в области алкогольной политики

Изучение литературы по проблемам алкоголя показывает, что термин алкогольная политика еще недостаточно устоялся (иногда используется название ограничительная алкогольная политика [alcohol control policy]). Следует отметить, что термин "алкогольная политика" сам по себе многогранен, и достаточно сложно найти универсальное определение или разделяемое всеми суждение, которое включало бы все грани использования данного термина. Однако с распространением современной медицины и подъемом глобального трезвеннического движения XIX века, алкогольная политика начала рассматриваться как потенциальный инструмент для улучшения здоровья общества. Термин "алкогольная политика" зародился в нордических странах и с 1960-х гг. стал получать все большее распространение и значение. Было бы неверным рассматривать историю алкогольной политики исключительно как историю запретов. Важно помнить, что в значительной степени формирование алкогольной политики было постепенным, добровольным и включало в себя принятие умеренного потребления алкоголя (Babor et al. 2003). В последнее время наблюдается рост интереса к научным исследованиям алкогольной политики как важного средства преодоления деструктивного воздействия алкогольных проблем. Ответственные лица в наши дни имеют гораздо больше возможностей для принятия информированных политических решений в свете последних научных исследований в области алкогольной политики.

Публикация ключевой монографии "Alcohol Control Policies in Public Health Perspective" (Bruun et al. 1975) привлекло внимание к тому факту, что алкогольные проблемы могут быть предотвращены, и что национальные правительства и международные агентства и организации должны сыграть серьезную роль в разработке эффективных и рациональных алкогольных политик. Бруун и его соавторы определили ограничительную алкогольную политику как соответствующую стратегию государства, влияющую на доступность алкогольных напитков и включающую в себя: изменение социально-психологических установок, медицинское просвещение и неформальный общественный контроль. В монографии "Alcohol Policy and Public Good" (Edwards et al. 1994) Эдвардс и его коллеги представили более широкий взгляд на алкогольную политику, рассматривая ее как реакцию сферы общественного здравоохранения, обусловленную отчасти влиянием национальных и исторических факторов. В этом случае алкогольная политика включает такие меры, как обложение алкоголя налогами, законодательное ограничение доступности алкогольных напитков, возрастные ограничения на покупку алкоголя, медицинское просвещение и кампании в СМИ, меры, влияющие на потребление алкоголя в специфических ситуациях, и меры, направленные на конкретные проблемы, связанные с алкоголем, например, вождение в нетрезвом состоянии.

Таким образом, алкогольная политика может быть определена как совокупность мер, контролирующих предложение алкогольных напитков и/или воздействующих на спрос населения на алкогольные напитки и включающая программы по медицинскому просвещению и медицинской помощи, а также стратегии снижения вреда (Babor 2002). Внедрение общественной политики, воздействующей на связь между потреблением алкоголя, здоровьем и состоянием общества, таким образом, можно отнести к сфере алкогольной политики, учитывая основные цели таковой: служить интересам здоровья нации и процветанию общества, оказывая влияние на такие социальные факторы, как модели потребления алкоголя, условия и ситуация, в которой происходит потребление, а также медицинские услуги по лечению злоупотребляющих алкоголем (Babor et al. 2003). Такое определение исходит из того, что алкогольные проблемы являются результатом сложного взаимодействия между индивидуальным потреблением алкогольных напитков и культурным, экономическим и материальным окружением, политическим и социальным контекстом.

Годфри и Мэйнард (Godfrey, Maynard 1995) выделили три группы политических мер, направленных на облегчение того бремени, которое налагает алкоголь на здоровье нации: популяционные меры, проблемно ориентированные меры и прямые вмешательства. Первая группа - группа популяционно ориентированных мер, направленных на изменение уровня потребления алкоголя населением. Она включает регулирование налогообложения, рекламы, доступности алкогольных напитков, включая запреты, талонирование, государственные монополии на продажу алкоголя, продвижение слабоалкогольных и безалкогольных напитков, регулирование количества точек, часов и дней продажи, размещения точек потребления алкоголя и минимального возраста легального потребления алкоголя, а также программы поддержки здоровья и школьное образование на соответствующие темы. Такие стратегии обычно рассматриваются как "грубые" инструменты, поскольку вместо того, чтобы воздействовать исключительно на людей с алкогольными проблемами, они затрагивают всех потребителей алкоголя. Однако стоит отметить, что за исключением программ поддержки здоровья и школьного образования, это именно те меры, которые зарекомендовали себя как наиболее эффективные.

Вторая группа включает меры, направленные на конкретные связанные с алкоголем проблемы, такие как вождение в нетрезвом состоянии (например, обеспечение широкого распространения случайных проверок дыхания водителей) или нападения в нетрезвом виде. Такие меры более сфокусированы и в меньшей степени затрагивают умеренных потребителей алкоголя. Однако существует риск того, что достижение снижения остроты одной проблемы будет сопровождаться игнорированием другой, которая может даже принять более серьезные формы (Godfrey, Maynard 1995).

Третья группа мер включает вмешательства, направленные на индивидуальных потребителей алкоголя. Это краткие вмешательства и программы лечения и реабилитации. В отличие от кратких вмешательств, многие программы "лечения" относятся только к индивидам с тяжелыми проблемами. Удачные вмешательства могут существенно улучшить здоровье и жизнь человека, но они должны охватывать значительную часть этой группы населения чтобы иметь заметный эффект на макроуровне (Godfrey, Maynard 1995). <...>

Богатый опыт научных исследований, накопленный к настоящему моменту, позволяет лицам, принимающим решения, делать научно обоснованный выбор мер алкогольной политики. На основе научных обзоров можно сделать следующие основные выводы (Klingemann, Holder, Gutz-willer 1993; Holder, Edwards 1995; Babor 2002; Ludrook et al. 2002):

1. Алкогольные проблемы тесно связаны с уровнем потребления алкоголя на душу населения, и снижение потребления приводит к уменьшению алкогольных проблем;
2. Собрано огромное количество свидетельств того, что продажи алкогольных напитков зависят от цены, а значит, спрос на алкоголь меняется в зависимости от цены: когда цены растут, спрос падает и наоборот;
3. Как было показано, тяжелые алкоголики поддаются воздействию мер алкогольной политики, включая регулирование цен, ограничение возможности приобретения алкоголя и крепости напитков;
4. Алкогольная политика, воздействующая на специфические модели потребления алкоголя, включающая, например, ограничения возможности приобретения алкоголя или противодействия потреблению алкоголя несовершеннолетними, с высокой вероятностью уменьшает вред, связанный со специфическими моделями потребления алкоголя;
5. Индивидуальные подходы к профилактике (например, школьное образование на тему вреда алкоголя) показали себя гораздо менее эффективными, чем подходы, основанные на воздействии на все общество, которые влияют на условия потребления алкоголя и его доступность;
6. Законодательное воздействие, такое как уменьшение дозволенного уровня алкоголя в крови водителей, увеличение возраста, при котором разрешено приобретение алкогольных напитков, и ограничение количества точек торговли алкоголем показали высокую эффективность" (WHO 2004a).

Приложение 3

Статистический комментарий

Как описательная, так и аналитическая статистика являются ценными инструментами изучения социальных процессов. Описательная статистика (установление частотного распределения признаков, т.е. процентов случаев с тем или иным признаком) помогает преодолеть искажения восприятия социальных процессов, возникающих под влиянием стереотипов, неверных теорий и просто свойства человеческого сознания упрощать мир, представляя его в черных и белых красках. Аналитическая статистика позволяет верифицировать гипотезы о наличии или отсутствии связи между разными социальными явлениями (подробнее см., например: Бьюль, Цефель 2002).

Корреляционный анализ — это наиболее широко применяемый метод аналитической статистики. Корреляция — это систематическая и обусловленная связь между двумя показателями. Корреляция обычно характеризуется четырьмя параметрами: сила связи (r , t , b , u и др.), ее направление, значимость (a) и количество случаев (N).

Для расчета силы связи между показателями чаще всего (в зависимости от типа данных) используются коэффициент корреляции Пирсона, обозначаемый обычно строчной латинской буквой r , и коэффициент ранговой корреляции Спирмана, обозначаемый греческой буквой ρ . Такие коэффициенты принимают значения от $-1,0$ до $+1,0$.

Значение $+1,0$ означает полную ("функциональную") положительную связь между признаками. В этом случае увеличение значения величины A сопровождается однозначно определенным увеличением значения величины B . Значение $-1,0$ означает полную ("функциональную") отрицательную связь между признаками. В этом случае увеличение значения величины A сопровождается однозначно определенным уменьшением значения величины B .

В "мире людей" закономерности, описываемые функциональными зависимостями, почти не встречаются. Практически все социальные закономерности проявляют себя в виде корреляций с силой от $0,1$ до $0,8$. Квадрат коэффициента силы корреляции между определенными показателями указывает, на сколько процентов они связаны между собой.

Обычно в мат-статистике корреляция считается сильной, если она характеризуется коэффициентом более $0,7$, средней — при коэффициенте между $0,5$ и $0,7$ и слабой, если он меньше $0,5$. Подобная классификация имеет некоторый смысл в некоторых областях применения мат-статистики, например, в биологии или экономике. Но для социальных исследований имеет смысл рассматривать корреляции с коэффициентом более $0,5$ как сверхсильные, от $0,3$ до $0,5$ — как сильные, от $0,15$ до $0,3$ — как средние, и только ниже $0,15$ — как слабые.

Направление связи обозначается знаком перед коэффициентом силы связи. Если связь положительная, то увеличение одного признака сопровождается увеличением другого. Если связь отрицательная, то увеличение одного признака сопровождается уменьшением другого.

Статистическая значимость корреляции (a) означает вероятность того, что данная корреляция могла появиться в результате случайности. Если, например, статистическая значимость некой корреляции равна $0,01$ (или, что это корреляция значима на уровне $0,01$), то вероятность того, что подобная корреляция могла появиться в результате случайности, при отсутствии реальной закономерной связи между признаками равна $0,01$ (т.е., существует один шанс из ста, что наблюдаемая корреляция является результатом случайности). В таком случае вероятность довольно низка, и гипотеза о наличии связи между признаками может считаться нашедшей подтверждение. Исторически сложилось, что в качестве порогового уровня статистической значимости принимается $0,05$ (~5% ~ 1 шанс из двадцати). Т.е., если мы получили показатель значимости менее $0,05$, то соответствующая гипотеза считается успешно прошедшей статистическую проверку, если же этот показатель более $0,05$, то соответствующая гипотеза считается неподтвержденной.

Связь между силой корреляции и статистической значимостью корреляции достаточно сложна. Речь идет о самостоятельных величинах. Корреляция может быть сильной, и вместе с тем иметь крайне низкую статистическую значимость. И наоборот, она может быть крайне слабой и иметь вместе с тем высочайшую статистическую значимость.

Линейная регрессия позволяет представить зависимость между зависимой (напр., Y) и независимой (напр., X) переменной с помощью линейного уравнения:

$$Y = a + b * X,$$

где a и b - константы, которые и вычисляются с помощью линейной регрессии. В статистических пакетах множитель b, как правило, обозначается как "Нестандартизированный коэффициент B". Стандартизированный бетта-коэффициент представляет собой аналог коэффициента корреляции.

Коэффициент R указывает на разброс значений вокруг линии регрессии, т.е. на предсказательную точность регрессионной модели.

Множественная регрессия - это разновидность, как правило, линейной регрессии, направленная на изучение влияния нескольких независимых переменных (факторов) на зависимую. Стандартизованный бетта-коэффициенты представляют независимые вклады каждой независимой переменной в предсказание зависимой переменной.

Литература

- Аасланд О.2000. Выявление алкоголизма и адресное вмешательство в системе первичной медицинской помощи: теоретические основы. Алкогольная политика в России и Норвегии. Москва - Осло, 2000.
- Александров А. Л., В. В. Константинов, А. Д. Деев, А. В. Капустина и Д. В. Шестов. 2003. Потребление алкоголя и его связь со смертностью от сердечно-сосудистых заболеваний мужчин 40-59 лет (данные проспективного наблюдения за 21,5 года). Терапевтический архив 75(12): 8-12.
- Андреев Е. М., Е. А. Кваша, Т. Л. Харькова. 2004. Возможно ли снижение смертности в России? Население и общество. 145-145, 9-22 февраля (<http://demoscope.ru/weekly/2004/0145/tema01.php#6>).
- Андреев Е. М., Е. Кваша, Т. Л. Харькова. 2005. Истоки социального неравенства перед лицом смертности. Население и общество. 227-228, 19-31 декабря (<http://demoscope.ru/weekly/2005/0227/analit01.php>).
- Андреев Е. М., Т. Л. Харькова, В. М. Школьников. 2005. Изменение смертности в России в зависимости от занятости и характера труда. Народонаселение 3: 68-81.
- Андриенко Ю. В. 2001. В поисках объяснения роста преступности в России в переходный период: криминометрический подход. Экономический журнал ВШЭ 5(2): 194-220.
- Андриенко Ю. В., А. В. Немцов. 2005. Оценка индивидуального спроса на алкоголь. М.: EERC.
- Архангельский В. Н., А. Е. Иванова, В. Н. Кузнецов, Л. Л. Рыбаковский, С. В. Рязанцев. 2005а. Стратегия демографического развития России. В. Н. Кузнецов, Л. Л. Рыбаковский ред. М.: ЦСП.
- Архангельский В. Н., А. Е. Иванова, Л. Л. Рыбаковский, С. В. Рязанцев. 2005б. Практическая демография. Л. Л. Рыбаковский ред. М.: ЦСП.
- Бестужев-Лада И. В., Л. Л. Рыбаковский, А. И. Антонов, С. В. Колесников, А. Е. Тищук. 2004. Почему вымирают русские. М.: Эксмо-Пресс.
- Боринская С. А. 2004. Генетическое разнообразие народов. Природа 10.
- Боринская С. А. 2005. Роль генетических факторов в социальной эволюции. История и синергетика: методология исследования. С. Ю. Малков, А. В. Коротаев ред. М.: КомКнига. С. 63-75.
- Боринская С. А., Ф. Гасемианродсари, Н. Р. Кальина, М. В. Соколова и Н. К. Янковский. 2005. Полиморфизм гена алкогольдегидрогеназы ADH1B в восточнославянских и ираноязычных популяциях. Генетика 41(11): 1563-1566.
- Боринская С. А. и Э. К. Хуснутдинова. 2002. Этногеномика: история с географией. Человек 1: 19-30.
- Брофосс К.. 2000. Основные принципы алкогольной политики в Норвегии. Алкогольная политика в России и Норвегии. Москва - Осло, 2000.
- Бююль А. и Б. Цефель. 2002. SPSS: Искусство обработки информации. Анализ статистических данных и восстановление скрытых закономерностей. М., СПб., Киев: ДиаСофт.
- Вирганская И. М. 1991. Внезапная смерть и алкоголь. Здравоохранение Российской Федерации 6: 18-20.
- Вишневский А. Г. 2006. Демографическая модернизация России, 1900-2000. М.: Новое издательство.
- Вишневский А. Г., Е. А. Кваша, Т. Л. Харькова. 2005. Приоритеты и политика в области снижения смертности в России. Доклад на семинаре "Демографический кризис в России: стратегия и тактика его преодоления", 9 ноября 2005 г.
- Вишневский А. Г. и В. М. Школьников. 1997. Смертность в России: Главные группы риска и приоритеты действий. М.: Московский Центр Карнеги.
- ВЦИОМ 2005. Вспоминая антиалкогольную кампанию Горбачева. Пресс выпуск № 207. Москва, 13 мая 2005 г.
- Гайдар Е. Т. 2005. Долгое время. Россия в мире: Очерки экономической истории. М.: Дело. Госкомстат РФ 2002. Демографический ежегодник России 2002. М.:
- Госкомстат. Госкомстат РФ 2003. Преступность и правопорядок в России. Статистический аспект. М.:
- Госкомстат. Госкомстат РФ. 2006. Раздел "Население". Основные демографические показатели; Демография на 1 января 2006 г. (<http://www.gks.ru>). Цит. 17.03.2006.

- Гундаров И. А. 1995. Почему умирают в России, как нам выжить? М.: Медиафера.
- Гундаров И. А. 2001а. Демографическая катастрофа в России: причины, механизм, пути преодоления. М.: УРСС.
- Гундаров И. А. 2001б. Духовное неблагополучие и демографическая катастрофа. Общественные науки и современность 5: 58-65.
- Гундаров И. А. 2004. Демографическая катастрофа в России: причины и пути преодоления. Почему вымирают русские. М.: Эксмо-Пресс.
- Гурвич И. Н. 2003. Портрет российского наркомана. Население и общество 16-29 июня 2003.
- Демин А. К. и И. А. Демина. 1998. Здоровье населения и алкогольная эпидемия в России: лекарство от жизни? Алкоголь и здоровье населения России 1900-2000 I Ред. А. К. Демин. М.: Российская Ассоциация общественного здоровья.
- Дмитриев В. К. 2001. Критические исследования о потреблении алкоголя в России. М.: Русская панорама.
- Еганян Р. 2000. Демографические реалии и перспективы республики Армения на пороге XXI века. Международная миграция населения: Россия и современный мир I Ред. В. А. Ионцев, с. 79-91. Москва: МАКС Пресс.
- Еганян Р. Демографические реалии и перспективы республики Армения на пороге XXI века. Население и общество 83-84. 7-20 октября 2002 г.
- Заиграев Г. Г. 2001. Пьянство в России как реальная угроза национальной безопасности. Социологические исследования 11: 69-76.
- Заридзе Д. Г., Р. С. Карпов, С. М. Киселева, И. Н. Конобеевская, Т. Х. Мень, А. А. Шайн, С. М. Шихман. 2002. Курение - основная причина высокой смертности россиян. Вестник российской академии медицинских наук 9: 40-45.
- Исупов В. А. 2000. Демографические катастрофы и кризисы в России в первой половине XX века: Историко-демографические очерки. Новосибирск: Сибирский хронограф.
- Йоханнсен А. 2000. Выявление алкоголизма и адресное вмешательство в системе первичной медицинской помощи: практическое применение. Алкогольная политика в России и Норвегии. Москва - Осло.
- Коротаев А. В., А. С. Малков и Д. А. Халтурина. 2005. Законы истории. Математическое моделирование исторических макропроцессов: демография, экономика, войны. М.: КомКнига.
- Кошкина Е. 2000. Распространенность алкоголизма в России на современном этапе. Алкогольная политика в России и Норвегии. Москва - Осло, 2000.
- Мельянцева В. А. 1996. Восток и Запад во втором тысячелетии. М.: МГУ.
- Мельянцева В. А. 2003. Три века российского экономического роста. Общественные науки и современность (5): 84-95.
- Мельянцева В. А. 2004. Генезис современного (интенсивного) экономического роста. М.: Гуманитарий.
- Минздрав РФ. 2003. Смертность населения Российской Федерации 2002 г.: Статистические материалы. М.: Минздрав РФ.
- Минко А. И. 2001. Алкоголизм - междисциплинарная проблема (выявление, лечение, реабилитация, профилактика). Український вісник психоневрології 9(4): 6-7.
- Немцов А. В. 1995. Алкогольная ситуация в России. М.: NALEX (Здоровье для всех - все для здоровья в России, 2).
- Немцов А. В. 2001. Алкогольная смертность в России 1980-90-е гг. М.: NALEX.
- Немцов А. В. 2003а. Алкогольная смертность в России. Население и общество 78 (<http://www.demoscope.ru/acrobat/ps78.pdf>).
- Немцов А. В. 2003б. Алкогольный урон регионов России. М.: NALEX.
- Нордлунд С. 2000. Связь между общим потреблением алкоголя и его вредными последствиями. Алкогольная политика в России и Норвегии. Москва - Осло, 2000.
- Нужный В. П. 2004. Анализ роли некачественных, фальсифицированных и суррогатных алкогольных напитков в формировании феномена высокой алкогольной смертности в Российской Федерации. Часть 1. Самогон, спирт этиловый технического назначения (гидролизный, сульфитный, синтетический), денатурированные спирты и денатурирующие добавки, заключение. Реф. сб. ВИНТИ: Новости науки и техники. Серия "Медицина". Выпуск "Алкогольная болезнь" 6: 1-15.
- Нужный В. П., Ю. Д. Пометов, А. В. Ковалева, Е. В. Павельев, И. В. Цупко, Н. С. Овчинникова, Ю. В. Котовская, П. П. Огурцов, Ж. Д. Кобалава и В. С. Моисеев. 2003. Сравнительное исследование психофизиологических эффектов водки, пива и слабоалкогольного газированного напитка. Вопросы наркологии 2: 22-35.
- Нужный В. П. и С. А. Савчук. 2005. Алкогольная смертность и токсичность алкогольных напитков. Партнеры и конкуренты 5: 18-26, 6: 27-35, 7: 24-31, 8: 15-21.
- Нужный В. П., С. А. Савчук, И. В. Демешина, И. Г. Забирова, В. П. Лист-вина, Д. В. Самойлик, Л. А. Суркова и Е. Б. Тезиков. 1999. Состав и токсичность самогонов из сахара и меда. Реф. сб. ВИНТИ: Новости науки и техники. Серия "Медицина". Выпуск "Алкогольная болезнь" 6: 1-10.
- Нужный В. П., С. А. Савчук и Р. И. Каюмов, 2002. Химико-токсикологическое исследование крепких алкогольных напитков домашнего изготовления (самогон) из разных регионов России. Наркология 5: 43-48
- Нужный В. П., С. А. Савчук, И. А. Тюрин и С. К. Белов. 2004. Проблема денатурирующих добавок к этиловому спирту в связи с исследованием образцов нелегальной алкогольной продукции. Токсикол. Вестник 3: 7-13.

- Подлазов А. В. 2005. Модернизации смертности в России. Алкоголь и реформы. Тезисы на конференцию "Системный анализ и информационные технологии", 12-16 сентября 2005. г.
- Преступность и правонарушения (2000-2004). Статистический сборник. М., 2005. С. 64.
- Прохоров Б. Б. 2002. Здоровье россиян за 100 лет. Человек (2): 54-65.
- Пятницкая И. Н. 1975. Клиническая наркология. М.: Медицина.
- Ревич Б. А. 2005. Роль окружающей среды как фактора смертности населения России. Население и общество. 227-228, 19-31 декабря (<http://demoscope.ru/weekly/2005/0227/analit02.php>).
- Ревич Б. А., С. Л. Авалиани и Г. И. Тихонова. 2004. Основы оценки воздействия загрязненной окружающей среды на здоровье населения. М: Академия.
- Ревич Б. А., Е. М. Аксель, Т. И. Ушакова, О. В. Сергеев, В. Ю. Зейлерт и Л. Б. Сергеева. 2002. Диоксины в окружающей среде г. Чапаевска и их влияние на здоровье населения. Гигиена и санитария. 1: 8-13.
- Ржаницина Л. С, О. А. Беклемищева, О. А. Бессолова, Е. А. Брюн, А. А. Гериш, Т. Н. Дубко, Е. В. Кравченко, Л. А. Кругляк и О. В. Ольшанская. 2005. Трезвая экономика. (Экономическая модель противодействия алко- и наркозависимости). М.: ООО "Солтекс".
- Римашевская Н. М. 1999. "Русский крест". Природа 6: 3-10.
- Рощина Я. М. и А. В. Бойков. 2005. Факторы фертильности в современной России. М.: EERC, 2005.
- Рычков Ю. Г. (ред.). 2000. Генофонд и геногеография народонаселения, Т. 1 Генофонд населения России и сопредельных стран. СПб: Наука.
- Тишук Е. А. 1997. Здравоохранение Российской Федерации, 2: 34-36.
- Угланд Т. 2000. Государственная монополия на алкоголь. Алкогольная политика в России и Норвегии. Москва - Осло.
- Урланис Б. Ц. 1978. И снова: берегите мужчин. Литературная газета, 7 января, 1978 г.
- ФОМ. 2002. Алкоголь и россияне. 2002. Опрос Фонда "Общественное мнение", 21.02.2002.
- ФОМ. 2004. Год уходящий - год наступающий: итоги и ожидания. 16.12.2004.
- Халлберг Т. 2005. Как организовать эффективную работу против наркотиков? Цитировано 26.07.2005.
- Харченко В. И., Е. П. Какорина, О. Д. Мишнев, Н. Г. Найденова, В. М. Удинцев, М. М. Вирин и Р. Ю. Михайлова. 2004. Сравнительный анализ алкогольной смертности населения России (проблемы диагностики, трактовки, регистрации, количественной оценки). Реферативный сборник "Новости науки и техники", серия "Медицина". Вып. 2. Алкогольная болезнь. С. 1-20.
- Харченко В. И., Е. П. Какорина, О. Д. Мишнев, Н. Г. Найденова, В. М. Удинцев, М. М. Вирин и Р. Ю. Михайлова. 2005а. Алкогольная смертность в России. Население и общество. № 227-228. 19-31 декабря 2005 г. <http://demoscope.ru/weekly/2005/0227/analit05.php>.
- Харченко В. И., Н. Г. Найденова, И. В. Буромский, М. В. Корякин, М. М. Вирин и В. М. Ундинцев. 2005б. Острая интоксикация этиловым спиртом, а не его суррогатами - основная причина смертельных отравлений алкоголем в России. Наркология 10: 50-59.
- Харченко В. П., Н. Г. Найденова, И. В. Буромский, М. В. Корякин, М. М. Вирин и В. М. Ундинцев. 2005в. Острая интоксикация этиловым спиртом, а не его суррогатами - основная причина смертельных отравлений алкоголем в России. Население и общество 227-228, 19-31 декабря.
- Шереги Ф. Э. и А. Л. Арефьев. 2003. Оценка наркоситуации в среде детей, подростков и молодежи. М.: ОПТИМ.
- Школьников В. М., Е. А. Андреев и Т. М. Малеева. 2000. Неравенство и смертность в России / Под ред. В. М. Школьниковой, Е. М. Андреева и Т. М. Малевой. М.: Сигнал, 2000.
- Школьников В. М. и В. В. Червяков (Ред.). 2000. Политика по контролю кризисной смертности в России в переходный период. Москва: Программа развития ООН, Россия.
- Щербакова Е. 2001. Наркомания угрожает безопасности страны. Население и общество, № 60, Декабрь 2001 (<http://www.demoscope.ru/acrobat/ps60.pdf>).
- Яблоков А. В. 2003. Состояние и охрана окружающей среды // Большая российская энциклопедия. М.
- Anderson P. 1995. Alcohol and Risk of Physical Harm. Alcohol and Public Policy: Evidences and Issues. H. D. Holder and G. Edwards eds. Oxford, NY, Toronto, Tokyo: Oxford University Press. P. 82-113.
- Anderson P., A. Cremona, A. Paton, A. Turner, and P. Wallace. 1993. The Risk of Alcohol. Addiction 88: 1493-1508.
- Andreasson S., P. Allbeck, and A. Rosmelsjo. 1988. Alcohol and Mortality among Young Men: Longitudinal Study of Swedish Conscripts. British Medical Journal. 296: 1021-1025.
- Andreev E. M., E. Nolte, V. M. Shkolnikov, E. Varavikova, and M. McKee. 2003. The Evolving Pattern of Avoidable Mortality in Russia. International Journal of Epidemiology 32: 437-446.
- Andreev E. M., V. M. Shkolnikov, D. Jasilionis, and O. I. Antonova. 2005. Striking Widening of the Educational Mortality Gap in Russia in the 1990s: Components and Impact on Mortality of the Total Population. Conference on "Health and Demography in the Former Soviet Union", Harvard University, Davis Center for Russian and Eurasian Studies and the Weatherhead Center for International Affairs, 29-30 April, 2005.
- Averina M., O. Nilssen, V. L. Arkhiposky, and J. Brox. 2005. C-reactive protein and alcohol consumption: Is there a U-shaped association? Results from a population-based study in Russia The Arkhangelsk study. Atherosclerosis 27, in print.
- Babor T. F. 2002. Linking Science to Policy. The Role of International Collaborative Research. Alcohol Research and

- Babor T. F., and J. C Higgins-Biddle. 2001. Brief Intervention. For Hazardous and Harmful Drinking. A Manual for Use in Primary Care. Geneva: World Health Organization.
- Babor T. F., R. Caetano, S. Casswell, G. Edwards, N. Giesbrecht, K. Graham, G. W. Grube, P. J. Gruenewald, L. Hill, H. D. Holder, R. Homel, E. Osterberg, J. Rehm, R. Room, and I. Rossow. 2003. Alcohol: No Ordinary Commodity. Research and Public Policy. Oxford.
- Badurashvili I., M. McKee, G. Tsuradze, F. Mesle, J. Vallin, and V. M. Shkolnikov. 2001. Where are no Data: What Has Happened to Life Expectancy in Georgia since 1990? Public Health 115(6): 394-400.
- Bobadilla J. L., Ch. A. Costello, and F. Mitchell (Eds.). 1997. Premature Death in New Independent States. Washington DC: National Academy Press.
- Ben-Shlomo Y., H. Markowe, M. Shipley, and M. G. Marmot. 1992. Stroke Risk from Alcohol Consumption Using Different Control Groups. Stroke. 23: 1093-1098.
- Brainerd E., and D. Cutler. 2005. Autopsy of the Empire: Understanding Mortality in Russia and the Former Soviet Union. Paper presented on the conference "Health and Demography in the States of the Former Soviet Union" April 29-30, 2005. Cambridge.
- Brunovskis A., and T. Uglund. 2003. Alcohol Consumption in the Baltic States. Oslo. Fafo-paper 4 (<http://www.fafo.no/pub/rapp/702/702.pdf>).
- Bruun K., G. Edwards, M. Lumio, K. Makela, L. Pan, Re. Sophan, W. Schmidt, O.-J. Skog, P. Sulkunen, E. Osterberg. 1975. Alcohol Control Policies in Public Health Perspective. Helsinki.
- Central Intelligence Agency. 2004. The World Factbook (<http://www.cia.gov/cia/publications/factbook/>).
- Chenet L., M. McKee, D. L. Leon, V. M. Shkolnikov, and S. Vassin. 1998. Alcohol and Cardiovascular Mortality in Moscow, New Evidence of a Causal Association. Journal of Epidemiological Community Health 52: 772-774.
- Cherpitel C. J. 1993. Alcohol and Injuries: A Review of International Emergency Room Studies. Addiction 88: 923-938.
- Coates R. et. al. 1986. Risk of Fatty Infiltration of Cirrhosis of the Liver in Relation to Ethanol Consumption: A Case Control Study. Clinical and Investigative Medicine 9: 26-32.
- Davis C. 1997. Economic Transition, Health Production and Medical System Effectiveness in the Former Soviet Union and Easter Europe. Paper presented at the Project Meeting on Economic Shocks, Social Stress and the Demographic Impact, April 17-19, Helsinki.
- DaVanzo J. and G. Grammich. 2001. Dire Demographics: Population Trends in the Russian Federation. Santa Monica, CA: RAND.
- Donahue R. P., R. D. Abbott, D. M. Reed, and K. Yano. 1986. Alcohol and Hemorrhagic Stroke. The Honolulu Heart Program. Journal of American Medical Association 255: 2311-2314.
- Duffy S. W., and L. D. Sharpies. 1992. Alcohol and Cancer Risk. Alcohol and Illness, J. C Duffy ed. Edinburgh: Edinburgh University Press. P. 1-18.
- Dyer A. R. et. al. 1980. Alcohol Consumption and 17-Year Mortality in the Chicago Western Electric Company Study. Preventive Medicine. 9: 78-90.
- Harrison B. H. 1971. Drink and the Victorians: the Temperance Question in England, 1815-1872. Pittsburgh: Pittsburgh University Press.
- Edwards G., P. Anderson, T.F. Babor, S. Casswell, R. Ferrence, N. Giesbrecht, C. Godfrey, H.D. Holder, P. Lemmens, K. Makela, L.T. Midanik, and T. Norstrom. 1994. Alcohol Policy and the Public Good. Oxford: Oxford University Press.
- English D. R., et. al. 1995. Quantification of Drug Cause Morbidity and Mortality in Australia, 1992. Canberra: Commonwealth Development of Human Services and Health.
- EUROMONITOR. 2004a. Alcoholic Drinks in Estonia. Vilnius, London, Chicago: Euromonitor International.
- EUROMONITOR. 2004a. Alcoholic Drinks in Estonia. Vilnius, London, Chicago: Euromonitor International.
- EUROMONITOR. 2004a. Alcoholic Drinks in Estonia. Vilnius, London, Chicago: Euromonitor International.
- Gauthier A. H. 1996. The State and the Family. Oxford: Clarendon Press.
- Gill, J. S., A. V. Zzulka, M. J. Shipley, and D. G. Beevers. 1986. Stroke and Alcohol Consumption. New England Journal of Medicine 315: 1041-1046.
- Godfrey C, and A. Maynard. 1995. The Economic Evaluation of Alcohol Policies. Alcohol and Public Policy: Evidences and Issues. H. D. Holder and G. Edwards eds. Oxford, NY, Toronto, Tokyo: Oxford University Press. P. 238-260.
- Inglehart R., M. Basacez, J. Diez-Medrano, L. Halman, R. Luijkx, eds. 2004. Human Beliefs and Values. A Cross-Cultural Sourcebook Based on the 1999-2002 Values Surveys. Mexico City: Siglo XXI. CD Included.
- Harrison B. H. 1971. Drink and the Victorians: the Temperance Question in England, 1815-1872. Pittsburgh: Pittsburgh University Press.
- Hassin D., E. Aharanovich, X. Liu, Z. Mammam, K. Matseoane, L. G. Garr, and T. K. Li. 2002. Alcohol Dependence Symptoms and Alcohol Dehydrogenase 2 Polymorphism: Israeli Ashkenazis, Sephardis and Resent Russian Immigrants. Alcoholism: Clinical and Experimental Research Sep. 26(9): 1315-1321.
- Holder H. D., and G. Edwards. 1995. Alcohol and Public Policy: Evidence and Issues. Oxford: Oxford University Press.
- Kagan A., K. Yano, G. Rhoads, and D. L. McGee. 1981. Alcohol and Cardiovascular Decease: The Hawaiian Experience. Circulation 64 (Suppl.III): 27-31.
- Klatsky A. L., G. D. Friedman, and A. B. Siegelau. 1981. Alcohol and Mortality. A Ten-Year Kaiser Permanente

- Experience. *Annals of Internal Medicine* 95: 139-145.
- Klatsky A. 2004. Alcohol and Cardiovascular Health. *Integrative and Comparative Biology* 44(4): 324-329.
- Klingeman H., H. D. Holder, and F. Gutzwiller. 1993. Alcohol Related Accidents and Injuries. *Addiction* 88 (Special Issue).
- Kono S. et. al. 1986. Alcohol and Mortality: A Cohort Study of Male Japanese Physicians *International Journal of Epidemiology* 15: 527-532.
- Krietman N. 1986. Alcohol Consumption and the Prevention Paradox. *British Journal of Addiction* 81 353-363.
- Larimer M. E., J. M. Crouce, C. M. Lee, J. M. Kimler. 2004/2005. Brief Intervention in College Setting. *Alcohol Research and Health* 28(2): 94-105.
- Ledermann S. 1956. Alcool, alcoolisme, alcoolisation. *Données scientifiques de caractère physiologique, économique et social*. Institut national d'étude de démographiques, Travaux et Documents 29.
- Lemmens P. H. H. M. 1995. Individual Risk and Population Distribution of Alcohol Consumption. *Alcohol and Public Policy: Evidence and Issues*. Oxford, NY, Toronto: Oxford University Press. P. 38-61.
- Leon D. A., L. Chenet, V. M. Shkolnikov, S. Zakharov, J. Shapiro, G. Rakhmanova, S. Vassin, and M. McKee M. 1997. Huge Variation in Russian Federation Mortality Rates 1984-1994: Artefact, Alcohol or What? *Lancet* 350: 383-388.
- Ludbrook A., C. Godfrey, L. Wyness, S. Parott, S. Haw, M. Napper, and E. Van Teijlingen. 2002. Effective and Cost-Effective Measures to Reduce Alcohol Misuse in Scotland: A Literature Review. Edinburgh. Retrieved 14 July 2003 (<http://www.scotland.gov.uk/health/alcoholproblems/docs/lire05.asp>).
- Maddison A. 1995. *Monitoring the World Economy, 1820-1992*. Paris: OECD.
- Maddison A. 2001. *Monitoring the World Economy: A Millennial Perspective*. Paris: OECD.
- Marmot M., G. Rose, M. J. Shipley, and D. J. Thomas. 1981. Alcohol and Mortality and U-Shaped Curve. *Lancet* i: 580-583.
- Martinez I. 1969. Factors Associated with Cancer of Esophagus, Mouth and Pharynx in Puerto Rico. *Journal of National Cancer Institute* 42: 1069-1094.
- McKee M., and A. Britton. 1998. A Positive Relationship between Alcohol and Heart Diseases in Eastern Europe: Potential Physiological Mechanism. *Journal of the Royal Society of Medicine* 91: 402-407.
- Murray C. J., and A. Lopez. 1996. *The Global Burden of Disease*. London: Oxford University Press.
- Newman Y. D., Y. Fridlman, R. Durst, E. Leitersdorf, D. Jaffe, V. A. Ramchandani, S. O'Connor, L. G. Carr, T. K. Li. 2004. Alcohol Dehydrogenase Polymorphisms Influence Alcohol Elimination Rates in Jewish Population. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* Jan. 28(1): 10-14.
- Neyer G., and G. Andersson. 2004. Contemporary Research on European Fertility: Introduction. *Demographic Research*. Special Collection 1.
- Nicholson A., M. Bobak, M. Murphy, R. Rose, M. Marmot. 2005. Alcohol consumption and increased mortality in Russian men and women: a cohort study based on the mortality of relatives. *Bulletin of the World Health Organization* 83(11): 812-819.
- Osterberg E. 1995. Do Alcohol Prices Affect Consumption and Related Harm? *Alcohol and Public Policy: Evidences and Issues*. H. D. Holder and G. Edwards eds. Oxford, NY, Toronto, Tokyo: Oxford University Press. P. 145-158.
- Osterberg E., A. Romelsjö, R. Room, J. Simpura, and O.-J. Skog. 1995. *Alcohol Policy and the Public Good*. Oxford: Oxford University Press.
- Palola E., T. L. Dorpat, and W. R. Larson. 1962. Alcoholism and Suicidal Behavior. *Society, Culture and Drinking Patterns*, D. J. Pittman and C. R. Snyder eds. New York, London: John Wiley and Sons, Inc.
- Pequinot G., A. J. Tuyns, and J. L. Berta. 1978. Ascitic Cirrhosis in Relation to Alcohol Consumption. *International Journal of Epidemiology* 7:113-120.
- Pottern M. et al. 1981. Oesophageal Cancer among Black Men in Washington, DC: Alcohol, Tobacco and Other Risk Factors. *Journal of National Cancer Institute* 67:777-783.
- Romelsjö A. 1995. Alcohol Consumption and Unintentional Injury, Suicide, Violence, Work Performance and Intergenerational Effect. *Alcohol and Public Policy: Evidences and Issues*. H. D. Holder and G. Edwards eds. Oxford, NY, Toronto, Tokyo: Oxford University Press. P. 114-134.
- Rossow I., K. Pernaanen, and J. Rehm. 2001. Accidents, Suicides and Violence. *Mapping the Social Consequences of Alcohol Consumption*. I. Klingemann, and G. Gmel eds. Dordrecht: Kluwer Academic Publisher. P. 93-112.
- Rossow I., A. Romelsjö. 2006. The Extent of the Prevention Paradox in Alcohol Problems as a Function of Population Drinking Patterns. *Addiction* Jan 101(1): 84-90.
- Shapiro J. 1997. Russian Health Care Policy and Russian Health. *Russian Political Development*. London: Macmillan.
- Skog O. J. 1985. The Collectivity of Drinking Cultures: A Theory of the distribution of Alcohol Consumption. *British Journal of Addiction* 80: 199-208.
- Skog O. J. 1991. Alcohol and Suicide - Durkheim Revised. *Acta Sociologica* 34: 193-206.
- Skog O. J. 1991. The prevention of alcoholism and drinking problems - who are the target groups? The negative social consequences of alcohol use, O. G. Aasland, ed. Oslo: Norwegian Ministry of Health and Social Affairs.
- Skog O. J. 1996. Public Health Consequences of J-Curve Hypothesis of Alcohol Problems. *Addiction* 91: 325-336.
- SPSS. 2004. *World95 Database*. Chicago, IL: SPSS Inc.
- Semenciw R. M., et. al. 1988. Major Risk for Cardiovascular Disease Mortality in Adults: Results from the Nutrition

- Canada Cohort. *International Journal of Epidemiology* 17: 317-324.
- Shaper A. G., A. N. Phillips, S. J. Pocock, M. Walker, and P. W. Macfarlane. 1991. Risk Factors for Stroke in Middle Aged British Men. *British Medical Journal* 302: 1111-1115.
- Shkolnikov V., M. McKee, and D. A. Leon. 1999. Why is the Death Rate from Lung Cancer Falling in Russian Federation. *European Journal of Epidemiology* 15(3): 203-206.
- Stegmayr B., T. Vinogradova, S. Malyutina, M. Markku, Yu. Nikitin, K. Asplund. 2000. Widening Gap of Stroke between East and West: Eight-Year Trends in Occurrence and Risk Factors in Russia and Sweden. *Stroke* January 2000: 2-8.
- Tuyns A. J. 1983. Oesophageal Cancer in Non-Smoking Drinkers and in Non-Drinking Smokers. *International Journal of Cancer* 32: 445-448.
- Tuyns A. J., and G. Pequinot. 1984. Greater Risk of Ascitic Cirrhosis in Female in Relation to Alcohol Consumption. *International Journal of Epidemiology*. 14: 53-57.
- Tuyns A. J., G. Pequinot, and J. Abbatucci. 1979. Oesophageal Cancer and Alcohol Consumption: Importance of Beverage. *International Journal of Cancer* 23: 443-447.
- Tuyns A. J., G. Pequinot, and O. Jensen. 1977. Le Cancer de l'Oesophage en Ile-et-Vilaine en Fonction des Niveaux de Consommation d'Alcool et de Tabac. *Bulletin du Cancer* 64: 45-60.
- UNDP (United Nations Development Program). 1995. Human Development Report 1995. New York, Oxford: Oxford University Press.
- UNDP (United Nations Development Program). 2001. Human Development Report 2001. New York, Oxford: Oxford University Press.
- UNICEF 2004. Социальный мониторинг "Инноченти", 2004 г. Florence: UNICEF Innocenti Research Centre.
- United Nations. 2004. World Drugs Report 2004. New York: United Nations.
- United Nations. 2005. Statistic Division of the United Nations. Topic 3660, "Nutrition, minimum energy requirement, kcal per capita, per day" (FAO/WHO estimates).
- UN Population Division. 2004. United Nations. Department of Economic and Social Affairs. Population Division (<http://www.un.org/esa/population>).
- Vassallo A. et. al. 1985. Esophageal Cancer in Uruguay: A Case Control Study. *Journal of National Cancer Institute*. 75: 1005-1009.
- Victoria C. et al. 1987. Hot Beverages and Oesophageal Cancer in Southern Brasil: A Case Control Study. *International Journal of Cancer*. 39: 710-716.
- Wasserman D., and A. Warnik. 1998. Reliability of Statistics on Violent Death and Suicide in the Former USSR, 1970-1990. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 98 (Suppl.394): 34-41.
- Weeden R. Alcohol Studies from an Economic Perspectives. *Economics and Alcohol*, G. Marcus, and M. A. Plant eds. NY: Gardners Press, 1983.
- Wyndner E, and I. J. Bross. 1961. A Study of Etiological Factors of Cancer of the Esophagus. *Cancer*. 14: 389-413.
- WHO (World Health Organization). 2004a. Global Status Report: Alcohol Policy. Geneva: World Health Organization.
- WHO (World Health Organization). 2004b. Global Status Report on Alcohol. Geneva: World Health Organization.
- WHO (World Health Organization). 2005. Global Alcohol Database. Цитировано 17.01.2005.
- WHO (World Health Organization). 2006. WHO Mortality Database. Released: January 2005. Цитировано 09.01.2005.
- WHO/Europe (World Health Organization, Regional Office for Europe). 2006. European health for all database (HFA-DB). Цит. 18.03.2006.
- World Bank. 2004. World Development Indicators. Washington, DC: World Bank.
- World Values. 2001. www.worldvaluesurvey.org.
- Wojtyniak B. J. Moskalewicz, J. Stokwiszewski, and D. Rabczenko. 2005. Gender-Specific Mortality Associated with Alcohol Consumption in Poland in Transition. *Addiction* 100(12): 1179-1189.