

Контроль потребления алкоголя в странах Партнерства Северного Измерения по Здравоохранению и Социальному Благополучию

Оганов Р. Г.^{1,2}, Масленникова Г. Я.^{1,2}, Имаева А. Э.^{1,2}

¹ФГБУ Национальный медицинский научный центр профилактической медицины Министерства здравоохранения Российской Федерации. Москва; ²Партнерство Северного Измерения по Здравоохранению и Социальному Благополучию. Москва, Россия

Потребление алкоголя является одной из причин преждевременной смерти от основных неинфекционных заболеваний (НИЗ), таких как болезни системы кровообращения, злокачественные новообразования и сахарный диабет. В странах Партнерства Северного Измерения по Здравоохранению и Социальному Благополучию (ПСИЗСБ) потребление алкоголя в перерасчете на чистый спирт на одного человека в год колеблется от низких ~8 л, до высоких ≥ 12 л. В странах ПСИЗСБ, население которых потребляет алкоголь в малых количествах, вероятность преждевременной смерти от НИЗ ниже, чем в странах, где население потребляет большие количества алкоголя. Показано, что меры по ограничению доступа к алкоголю были более строгими в странах с малыми количествами потребления алкоголя и, соответственно, с более низкой вероятностью преждевременной смерти от НИЗ. Все страны ПСИЗСБ, кроме Германии и Эстонии, входят в число 20 стран с наибольшими количествами баллов согласно индексу политики контроля алкоголя, что свидетель-

ствует об эффективном исполнении мер, направленных на снижение потребления алкоголя среди населения. Германия и Эстония находятся в начале политических решений и осуществления мер по контролю потребления алкоголя. Таким образом, принятие и исполнение строгих мероприятий, может способствовать снижению потребления алкоголя и, следовательно, уровня преждевременной смерти от НИЗ. **Ключевые слова:** Партнерство Северное Измерение по Здравоохранению и Социальному Благополучию, неинфекционные заболевания, сердечно-сосудистые заболевания, пагубное потребление алкоголя, мероприятия контроля потребления алкоголя.

Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2018; 17(2): 4–9
<http://dx.doi.org/10.15829/1728-8800-2018-2-4-9>

Поступила 30/03-2018
Принята к публикации 03/03-2018

Control of alcohol consumption in the countries of Northern Dimension Partnership in Public Health and Social Well-being

Oganov R. G.^{1,2}, Maslennikova G. Ya.^{1,2}, Imaeva A. E.^{1,2}

¹National Research Center for Preventive Medicine of the Ministry of Health. Moscow; ²Northern Dimension Partnership in Public Health and Social Well-being. Moscow, Russia

Alcohol consumption is one of the causes of premature death from the main non-communicable diseases (NCD), such as cardiovascular diseases, malignancies, diabetes. In the countries of Northern Dimension Partnership in Public Health and Social Well-being (NDPHW) alcohol consumption calculated for pure ethanol per person per year ranges from low ~8 L to high ≥ 12 L. In NDPHW countries where the inhabitants consume alcohol in low amounts, the probability of premature death from NCD is lower than in the countries with high consumption. It was shown that the events on alcohol approachability restriction were stricter in the countries with low consumption rate and hence with lower probability of premature NCD death. All NDPHW countries, except Germany and Estonia, are in the 20 of the countries with the highest

score according to the politics of alcohol control that witness on effective implementation of the events for consumption control. Therefore acceptance and implementation of strict politics may facilitate the decrease of alcohol consumption and then, the rate of NCD premature death.

Key words: Northern Dimension Partnership in Public Health and Social Well-being, non-communicable diseases, cardiovascular diseases, harmful alcohol consumption, politics of alcohol consumption.

Cardiovascular Therapy and Prevention, 2018; 17(2): 4–9
<http://dx.doi.org/10.15829/1728-8800-2018-2-4-9>

АЕ — алкогольная единица, БСК — болезни системы кровообращения, ВОЗ — Всемирная организация здравоохранения, ЗН — злокачественные новообразования, ИПКА — индекс политики по контролю алкоголя, НИЗ — неинфекционные заболевания, ООН — Организация объединенных наций, ОР — относительный риск, ПСИЗСБ — Партнерство Северного Измерения по Здравоохранению и Социальному Благополучию (Партнерство), СД — сахарный диабет, СМИ — средства массовой информации, ФР — факторы риска.

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

Тел.: +7 (499) 553-69-09

e-mail: gmaslennikova@gnicpm.ru

[Оганов Р. Г. — д.м.н., профессор, академик РАН, г.н.с., руководитель отдела профилактики коморбидных состояний, ²председатель экспертной группы по неинфекционным заболеваниям, Масленникова Г. Я. — к.м.н., в.н.с. отдела профилактики коморбидных состояний, ³заместитель председателя экспертной группы по неинфекционным заболеваниям, Имаева А. Э. — к.м.н., с.н.с. отдела эпидемиологии хронических неинфекционных заболеваний, ²международный технический советник экспертной группы по неинфекционным заболеваниям].

Введение

Неинфекционные заболевания (НИЗ) становятся основной причиной заболеваемости и смертности населения планеты в 21 веке. В связи с этим, в международных организациях высокого уровня, таких как Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) и Организация объединенных наций (ООН) обсуждаются мероприятия по профилактике и контролю НИЗ. В ответ на эпидемию НИЗ, ВОЗ разрабатывает, согласовывает и принимает со странами-членами “Глобальный План ВОЗ по профилактике и контролю неинфекционных заболеваний на период 2013-2020 гг.”, цель которого снижение преждевременной смертности от основных НИЗ, таких как болезни системы кровообращения (БСК), злокачественные новообразования (ЗН), хронические заболевания бронхолегочной системы и сахарный диабет (СД) на 25% к 2025г [1, 2].

В продолжение мероприятий по достижению целей развития тысячелетия, ООН принимает цели устойчивого развития, среди которых обозначена цель 3, задача 4: “снижение преждевременной смерти от основных НИЗ на одну треть к 2030г за счет профилактики и лечения, сохранения психического здоровья и повышения благосостояния населения” [3].

В планах и программных документах ВОЗ и ООН отмечено, что для достижения заявленных целей по снижению преждевременной смертности от основных НИЗ необходимо среди всего населения снизить, и добиться определенных целевых значений по факторам, связанным с нездоровым образом жизни. Среди таких факторов — пагубное

(вредное) потребление алкоголя, курение, нездоровое питание и недостаточная физическая активность. Известно, что все эти факторы, в той или иной степени, и особенно при их сочетании, способствуют развитию и прогрессированию НИЗ.

Такие же целевые ориентиры “Снижение воздействия неинфекционных заболеваний путем усиления профилактики и устранения факторов риска (ФР), связанных с образом жизни”, представлены и в стратегии стран Партнерства Северного Измерения по Здравоохранению и Социальному Благополучию (ПСИЗСБ) — далее (Партнерство), в задачах работы экспертной группы по НИЗ Партнерства [4].

Связь потребления алкоголя с неинфекционными заболеваниями в странах ПСИЗСБ

По данным ВОЗ, в 2016г потребление алкоголя в пересчете на чистый спирт на одного человека, различалось в странах Партнерства (рисунок 1) [5, 6]. В таких странах ПСИЗСБ, как Норвегия и Швеция, потребление чистого алкоголя на одного человека в возрасте ≥ 15 лет находилось в пределах 8 л, что условно можно считать низким, в пяти странах: Финляндия, Германия, Литва, Эстония и Польша, потребление алкоголя находилось в пределах от 8 до 12 л и это условно умеренное его потребление, а в трех странах: РФ, Республика Беларусь и Латвия, потребление чистого алкоголя превышало 12 л на человека, что также условно можно считать высоким потреблением. В странах Партнерства была обнаружена прямая связь между количеством потребления алкоголя и вероятностью преждевременной смерти от НИЗ [6]. В странах с низким потреблением алкоголя вероятность преждевремен-

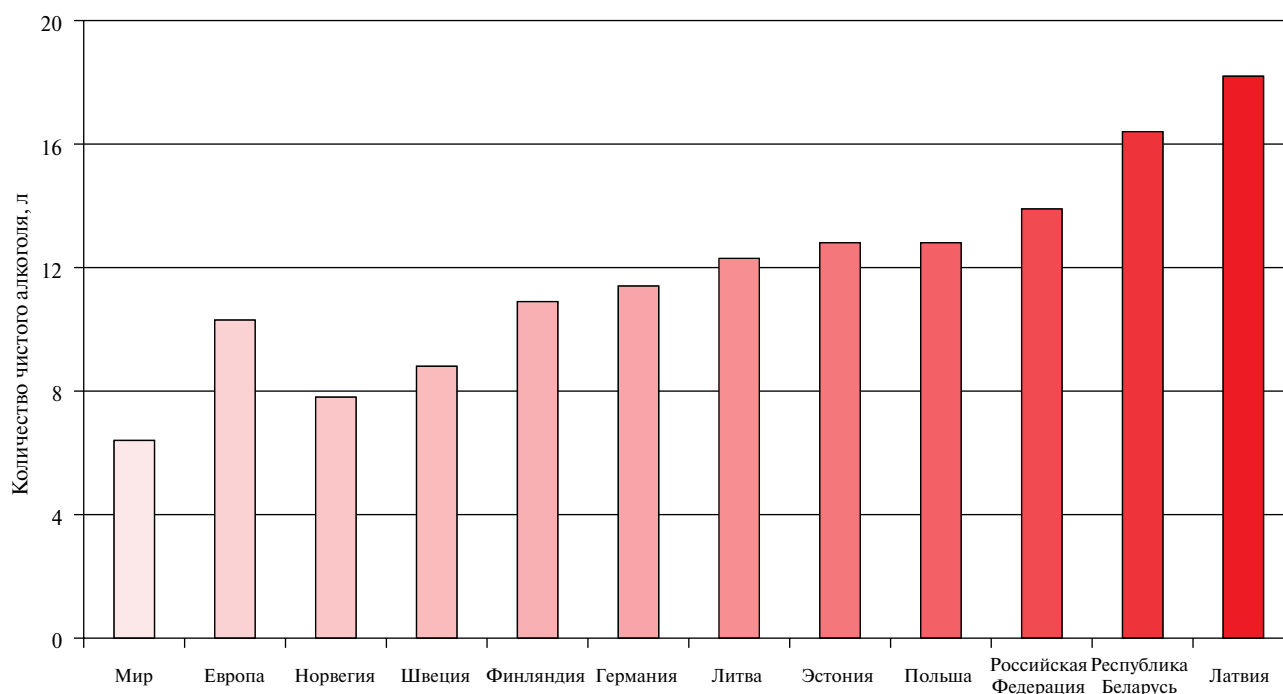


Рис. 1 Потребление алкоголя на человека в год. Возраст ≥ 15 лет [5].

ОР смерти от НИЗ и дозы потребления алкоголя

Пол	Низкий риск (ОР $\leq 1,0$)	Умеренный риск (ОР $>1<2$)	Высокий риск* (ОР $\geq 2,0$)
Женщины	≤ 1 АЕ	$>1<2$ АЕ	≥ 2 АЕ
Мужчины	≤ 2 АЕ	$>2<4$ АЕ	≥ 4 АЕ

Примечание: * — пьянство; 1 АЕ = ~30 мл крепких (>40% алк.) алкогольных напитков (водка, виски, коньяк и др.) или 100 мл вина (~13% алк.), или 250 мл пива (5% алк.) в сут.

ной смерти от НИЗ мала, и не превышает 10%: Норвегия — 9,6%, Швеция — 9,1%. В странах с условно умеренным потреблением алкоголя вероятность такой смертности находится в диапазоне средних величин от 10% до 20%: Финляндия — 10,1%, Германия — 12%, Эстония и Польша — 17,2%, Литва — 20,4%, а с условно высоким потреблением алкоголя вероятность такой смертности >20%: Литва — 22,9%, Республика Беларусь — 28,6%, РФ — 29,3%.

Проведенные ранее научные исследования уже показали прямую линейную связь между количеством потребления алкоголя и смертностью от основных НИЗ, таких как БСК, ЗН и СД; чем больше количество потребляемого алкоголя, тем выше риск смертей от этих заболеваний [7-12]. При этом величина относительного риска (ОР) $\geq 1,0$, свидетельствующая о начале увеличения риска смерти от НИЗ, появляется при ежедневном потреблении алкоголя, в пересчете на чистый спирт, в дозе 1 алкогольной единицы (АЕ) для женщин и 2 АЕ для мужчин. В связи с тем, что величина ОР смерти от основных НИЗ линейно зависит от количества потребляемых АЕ, то, в зависимости от количества таких АЕ, были предложены низкие, умеренные и высокие значения ОР такой смерти (таблица 1) [13]. При этом необходимо понимать, что повышенный риск смерти от НИЗ может существовать и при малых дозах суточного потребления алкоголя — 1 АЕ женщинами и 2 АЕ мужчинами, т.к. его величина может зависеть не только от количества потребления алкоголя, но и от других факторов. Такое мнение связано с тем, что в научных исследованиях по изучению влияния потребления алкоголя на риск смерти от НИЗ, не учитывались индивидуальные особенности человека и другие ФР, такие как психосоциальный стресс, сопутствующая патология и, соответственно, терапия в сравниваемых группах людей, употребляющих и не употребляющих алкоголь [13, 14].

Результаты мониторинга вмешательств по снижению пагубного потребления алкоголя в странах ПСИЗСБ

Для снижения пагубного потребления алкоголя предложены следующие вмешательства:

- разработка, использование и внедрение политических и стратегических программ, законодательных и нормативно-правовых актов локального, национального, регионального и глобального

уровней, направленных на снижение пагубного потребления алкоголя;

- создание и применение образовательных программ, способствующих повышению грамотности населения о пагубном потреблении алкоголя: политиков, лиц, принимающих решения, всего населения или целевых популяционных групп;

- разработка, издание и использование профессиональных руководств по снижению потребления алкоголя, включающие диагностику, лечение, профилактику и реабилитацию среди всего населения и в целевых группах;

- мониторинг потребления алкоголя, включая пагубного, алкоголь-зависимых состояний и заболеваний, а также эффективности вмешательств по снижению потребления алкоголя среди населения и в целевых группах.

Широкое вовлечение специалистов первичного звена здравоохранения, а не только специализированных медицинских учреждений, в мероприятия по контролю пагубного потребления алкоголя среди населения, включающее мониторинг, краткие советы и лечение лиц с пагубным потреблением алкоголя, является необходимым.

Важным является продолжение научных исследований и проектов по изучению связи или влияния потребления алкоголя на здоровье населения, определению критериев и оценке эффективности мероприятий по профилактике и снижению пагубного потребления алкоголя среди населения (популяционные исследования). Некоторые положения таких вмешательств в разных интерпретациях содержатся в работах [15-18]. В Европейском докладе по алкогольной политике были представлены результаты мониторинга вмешательств по снижению пагубного потребления алкоголя в европейских странах, в числе которых страны Партнерства [18]. Показано, что меры по ограничению доступности к алкогольной продукции, такие как государственная монополия на розничную продажу, возрастные ограничения для продажи и маркетинг (реклама) алкогольной продукции были более строгими (значительными) в странах с низкими уровнями потребления алкоголя и, соответственно, с более низкой вероятностью преждевременной смерти от НИЗ, чем в странах с высокими уровнями потребления алкоголя и более высокой вероятностью преждевременной смерти (таблица 2). Например, в Швеции,

Таблица 2

Меры по ограничению доступности к алкогольным напиткам в странах ПСИЗСБ

Страна	Государственная монополия на розничную продажу	Возрастные ограничения продажи	Реклама алкогольной продукции			
			Телевидение	Интернет	Печатная продукция	Кино
Швеция	Да, для всех напитков с содержанием спирта >3,5%	18+	частично запрещена	частично запрещена	частично запрещена	частично запрещена
Норвегия	Да, для всех напитков с содержанием спирта >4,7%	18+	частично запрещена	запрещена	запрещена	запрещена
Финляндия	Да, для вина и спиртосодержащих напитков	18+	частично запрещена	частично запрещена	частично запрещена	частично запрещена
Германия	Нет	16+ — для пива и вина 18+ — остальные алкогольные напитки	частично запрещена	регулируется самостоятельно	регулируется самостоятельно	регулируется самостоятельно
Эстония	Нет	18+	запрещена	регулируется самостоятельно	частично запрещена	частично запрещена
Польша	Нет	18+	частично запрещена	частично запрещена	частично запрещена	частично запрещена
Литва	Нет	18+	частично запрещена	регулируется самостоятельно	частично запрещена	частично запрещена
Латвия	Нет	18+	частично запрещена	регулируется самостоятельно	частично запрещена	частично запрещена
РФ	Нет	18+	запрещена	запрещена	частично запрещена запрещен	частично запрещена

Норвегии и Финляндии существует государственная монополия на розничную продажу спиртосодержащих напитков, в то время как в остальных странах Партнерства такой монополии нет. Во всех странах Партнерства, за исключением Германии, продажа алкогольных напитков разрешена только лицам ≥ 18 лет. В Германии — продажа пива и вина разрешена лицам ≥ 16 лет, а других, более крепких алкогольных напитков, — лицам ≥ 18 лет. Страны Партнерства отличаются и по уровням регулирования рекламы алкогольной продукции в средствах массовой информации (СМИ): от полного запрета до частичного запрета и саморегулирования. При полном запрете — реклама любого вида алкогольной продукции в СМИ запрещена. Тогда как при частичном запрете — запрет распространяется только на рекламу алкогольной продукции с содержанием определенных концентраций спирта. При саморегулировании — руководство СМИ самостоятельно принимает решения о полном или частичном запрете рекламы в отношении определенных видов алкогольной продукции. Например, в Швеции во всех СМИ запрещено рекламировать любые алкогольные напитки с содержанием спирта >3,5%, что, несмотря на определение частичного запрета,

можно уже считать полным запретом рекламы алкогольной продукции. В Норвегии введен полный запрет на рекламу алкогольной продукции во всех СМИ (интернет, печатная продукция и фильмы), кроме телевидения, где ограничительные меры распространяются только на некоторые виды алкогольной продукции. В РФ, как и в Норвегии, полный запрет на рекламу алкогольной продукции введен на телевидении и в интернете, а в остальных СМИ — частичные запреты. В Германии во всех СМИ, кроме телевидения, существует саморегулирование рекламы алкогольной продукции, а на телевидении — частичные запреты. В остальных странах Партнерства, в основном, введены частичные запреты на рекламу алкогольной продукции или осуществляется ее саморегулирование.

Для оценки эффективности антиалкогольных мероприятий был разработан индекс политики по контролю алкоголя (ИПКА) и опубликованы данные [19]. Индекс представлен суммой баллов, по которым оценивалась эффективность антиалкогольных политических мероприятий по 10 направлениям в период 2014-2015гг в 167 странах мира. Максимальная эффективность всех политических мероприятий оценивалась суммой равной

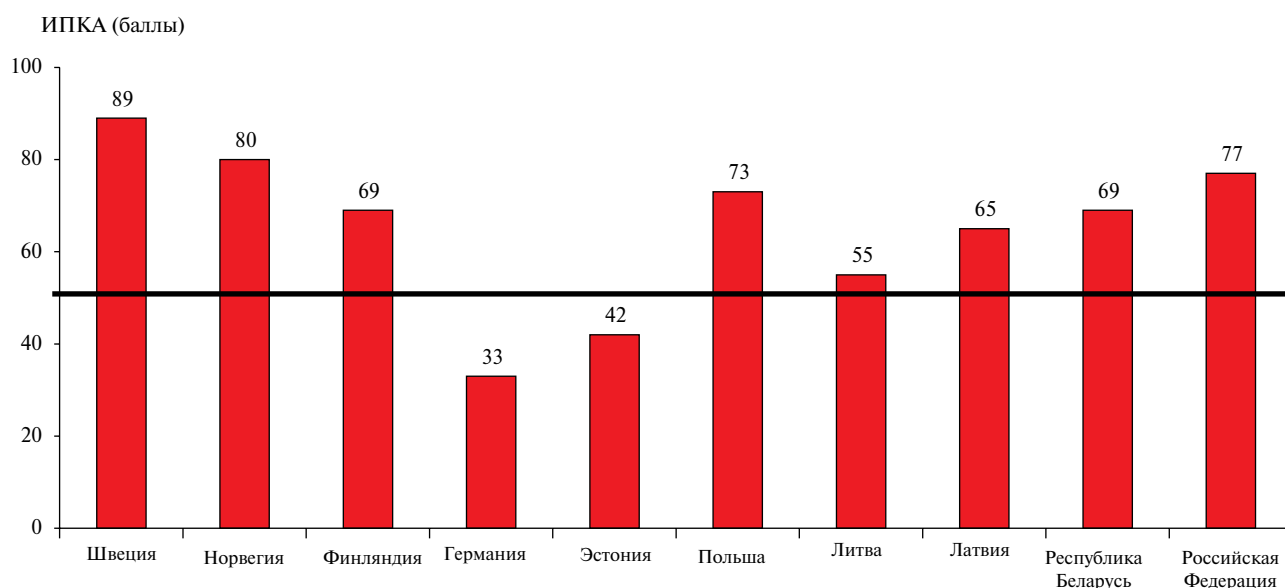


Рис. 2 ИПКА в странах ПСИЗБС [19].

100 баллам. Таким образом, чем больше сумма баллов по ИПКА, тем эффективнее антиалкогольные мероприятия, что указывает на низкое потребление алкоголя населением страны. Согласно оценке, проведенной среди всех стран Партнерства и даже всех развитых стран мира, наивысший балл ИПКА, равный 89, был у Швеции, стране с низким потреблением алкоголя и более низкой вероятностью преждевременной смерти от НИЗ (рисунок 2). Достаточно высокие баллы ИПКА, ~60, были у Норвегии и Финляндии, странах также с низким потреблением алкоголя.

Таким образом, строгие политические мероприятия по контролю над потреблением алкоголя и их эффективное выполнение ассоциируются с более низкими уровнями потребления алкоголя. Другие страны Партнерства, за исключением Германии и Эстонии, также вошли в группу 20 развитых европейских стран с самыми высокими баллами ИПКА: от 55 (Литва) до 89 (Швеция). В то же время Германия (33 балла) и Эстония (42 балла) по использованию и эффективности таких мероприятий или значению ИПКА не достигли 50 баллов. Можно полагать, что эти страны находятся в начале принятия и/или исполнения строгих политических решений по контролю потребления алкоголя. Тем не менее, этот индекс имеет несколько ограничений [19]. По мнению авторов, высокие баллы ИПКА во многих странах с доходами выше среднего уровня, могли свидетельствовать о создании и исполнении строгих политических решений как ответных мер на высокие уровни потребления алкоголя населением этих стран. А исполнение таких решений способствовало снижению потребления алкоголя в этих странах. Однако баллы ИПКА не отражают влияния сроков

или продолжительности действия политических мероприятий на уровни потребления алкоголя. Было также отмечено, что низкие значения ИПКА в странах, где преобладает мусульманское население (например, Ирак, Иран, Тегеран, Турция), связаны не с малой эффективностью политических мероприятий по контролю над потреблением алкоголя, а их отсутствием. По религиозным обычаям население этих стран не употребляет совсем или употребляет малые количества алкоголя, поэтому нет необходимости в принятии таких строгих решений и, естественно, их исполнении. Однако, несмотря на ограничения, это исследование показало, что строгость политики контроля над потреблением алкоголем все же ассоциируется с более низким уровнем потребления алкоголя.

Заключение

Страны ПСИЗБС:

- различаются по потреблению алкоголя от низких, ~8 л, до более высоких, >12 л, уровней потребления чистого алкоголя на одного человека (в возрасте ≥ 15 лет) в год;
- с низкими уровнями потребления алкоголя имеют более низкую вероятность преждевременной смерти от НИЗ, в то время как с высокими уровнями потребления алкоголя имеют более высокую вероятность таких смертей;
- с низкими уровнями потребления алкоголя имеют более строгие меры по ограничению доступности к алкогольным напиткам;
- почти все, кроме Германии и Эстонии, входят в число 20 стран с наибольшими баллами ИПКА, что свидетельствует об эффективном исполнении политики контроля над потреблением алкоголя.

Что делать?

Основная идея рекомендаций по дозам потребления алкоголя, их безопасности для здоровья, т.е. по допустимым дозам потребления алкоголя должна следовать главной цели “Чем меньше, тем лучше” [18]. Для этого “Правитель-

ствам рекомендуется разрабатывать и проводить строгую политику контроля над потреблением алкоголя, поскольку она является эффективным инструментом для сокращения потребления алкоголя — очевидного фактора глобального бремени болезней” [18].

Литература

1. Resolution WHA66.10. www.who.int/entity/nmh/events/ncd_task_force/en.
2. The United Nations General Assembly resolution 68/300, paragraph 30(a) (i) & paragraph 30(a)(ii).
3. UN Agenda for Sustainable Development 2030 <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld/publication>; www.who.int/sustainable-development-goals/en.
4. NDPHS Strategy 2020 http://www.ndphs.org/?about_ndphs#New_NDPHS_Strategy_2020_and_Action_Plan.
5. World Health Statistics 2017: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals. Geneva: World Health Organization; 2017. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. ISBN 978-92-4-156548-6 ©, 116p.
6. Maslennikova GYa, Oganov RG. Cardiovascular and other non-communicable diseases in the countries of the Northern Dimension Partnership in Public Health and Social Well-being: priorities and better prevention approaches. *Cardiovascular Therapy and Prevention*, 2017; 16 (5): 4-10. (In Russ.) Масленникова Г.Я., Оганов Р.Г. Сердечно-сосудистые и другие неинфекционные заболевания в странах, входящих в Партнерство Северное Измерение в области Здравоохранения и Социального Благополучия: выбор приоритетов и лучших методов их профилактики. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*, 2017; 16 (5): 4-10. DOI: 10.15829/1728-8800-2017-5-4-10.
7. Marmot M. G. Alcohol and coronary heart disease. *Int J Epidemiol* 2001; 30: 4: 724-9. DOI: 10.1093/ije/30.4.724.
8. Korte JE, Brennan P, Henley SJ, Boffetta P. Dose-specific meta-analysis and sensitivity analysis of the relation between alcohol consumption and lung cancer risk. *Am J Epidemiol* 2002; 155: 6: 496-506. DOI: 10.1093/aje/155.6.496.
9. Mukamal KJ, Chiuve SE, Rimm EB. Alcohol consumption and risk for coronary heart disease in men with healthy lifestyles. *Arch Int Med* 2006; 166: 2145-50. DOI: 10.1001/archinte.166.19.2145.
10. Konstantinov VV, Shalnova SA, Kireev CV, et al. Associations of mortality relative risk, smoking status, alcohol intake, and educational level in women. *Cardiovascular Therapy and Prevention*, 2007; 6 (3): 100-5. (In Russ.) Константинов В.В., Шальнова С.А., Киреев С.В. и др. Относительный риск смертности среди женского населения в связи со статусом курения, употребления алкоголя и уровня образования. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика* 2007; 6 (3): 100-5.
11. Rimm EB, Moats C. Alcohol and coronary heart disease: drinking patterns and mediators of effect. *Ann Epidemiol* 2007; 17: Suppl: 3-S. Special issue. DOI: 10.1136/hrt.2009.173419.
12. Fillmore KM, Stockwell T, Chikritzhs T, et al. Moderate alcohol use and reduced mortality risk: systematic error in prospective studies and new hypotheses. *Ann Epidemiol* 2007; 17: suppl: 16-23. DOI: 10.1016/j.annepidem.2007.01.005.
13. Oganov RG, Maslennikova GYa, Lepekhin VA. Alcohol unit and consumption doses: medical and socioeconomic aspects. *Profilac Medicine* 2010; 13 (5): 17-22. (In Russ.) Оганов Р.Г. Масленникова Г.Я. Алкогольная единица и дозы потребления алкоголя: медицинские и социально-экономические аспекты. *Профилактическая медицина* 2010; 13 (5): 17-22.
14. Gronbak M. Confounders of the relation between type of alcohol and cardiovascular disease. *Ann Epidemiol* 2007; 17: suppl: 13-5. DOI: 10.1016/j.annepidem.2007.01.004.
15. International Drinking Guidelines <http://icap.org/table/InternationalDrinkingGuidelines>.
16. WHO expert committee on problems related to alcohol consumption. Second Report. World Health Organization. Geneva 2007; 67. http://www.who.int/substance_abuse/expert_committee_alcohol_trs944.pdf.
17. Maslennikova GYa, Oganov RG. Alcohol and the risk of non-communicable disease: control strategies in the Russian Federation. *Cardiovascular Therapy and Prevention* 2013; 12 (4): 4-9. (In Russ.) Масленникова Г.Я., Оганов Р.Г. Алкоголь и риск развития неинфекционных заболеваний: стратегии контроля в Российской Федерации. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика* 2013; 12 (4): 4-9. DOI: 10.15829/1728-8800-2013-4-4-9
18. European Report on Alcohol Policy. A Review. 2016. World Health Organization (WHO) Global Status Report on Alcohol and Health, 2014; <https://www.drugsandalcohol.ie/26737/1/ERAH-2017-European%20Report%20on%20Alcohol%20Policy.pdf>.
19. Madureira-Lima J, Galea S. Alcohol control policies and alcohol consumption: an international comparison of 167 countries. *J Epidemiol Community Health* 2018; 72: 54-60. DOI: 10.1136/jech-2017-209350.