

АЛКОГОЛЬ И НАРКОТИКИ КАК ВАЖНЕЙШИЕ ФАКТОРЫ ДЕМОГРАФИЧЕСКОГО КРИЗИСА В РОССИИ И УКРАИНЕ

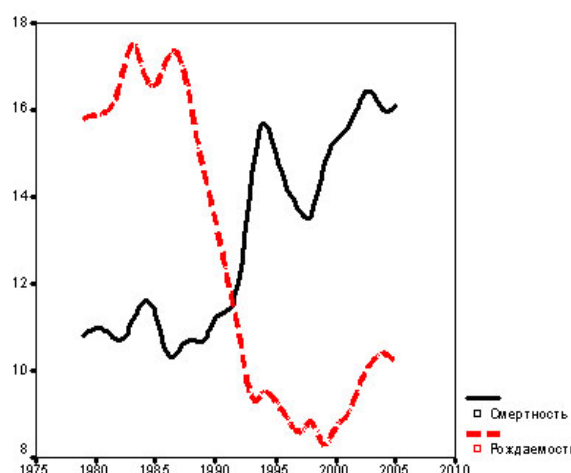
Д.А. ХАЛТУРИНА

Кафедра организации социальных систем и
антикризисного управления Российской академии
государственной службы при Президенте РФ

Демографический кризис в России и Украине

Постперестроечный период в России ознаменовался демографической катастрофой, получившей название "русский крест" [25].

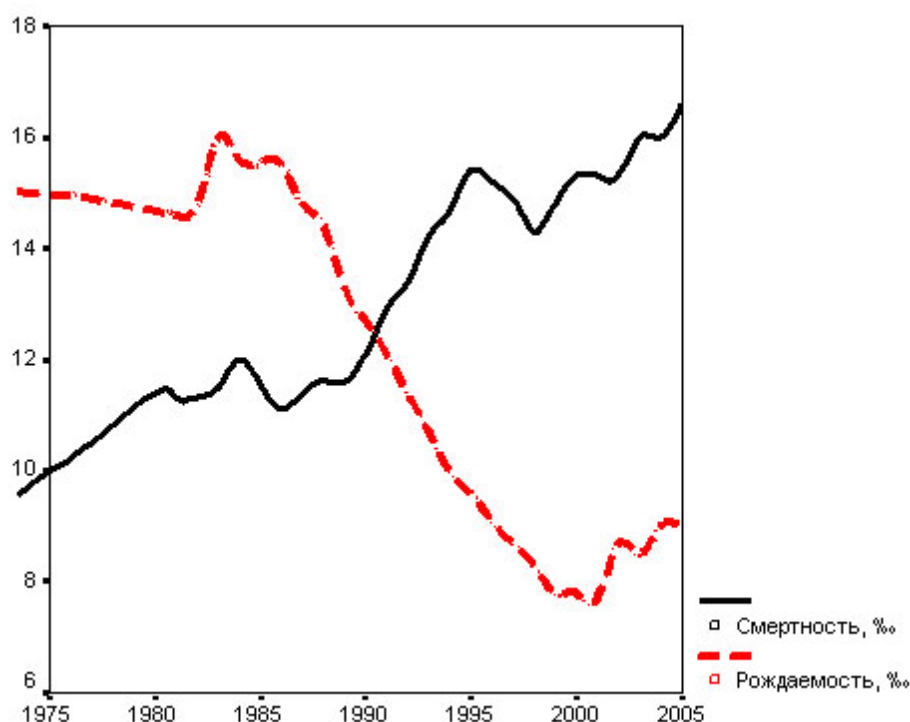
Диаграмма 1. Динамика рождаемости и смертности (% , на 1000 человек) в России в 1978–2005 гг. ("русский крест") [8, 51]



С 1987 г. по 1993 г. рождаемость в стране сократилась с 2 до 1,3 ребенка на женщину (или с 17,2 до 9,4%). В 1986 по 1994 гг. смертность в России выросла с 10,4% до 15% уровня, катастрофического и аномального для сколько-нибудь развитых стран. В 1991–1992 гг. смертность сравнялась с рождаемостью, а вскоре и значительно ее превысила. В настоящее время уровень смертности в России (16%) – один из самых высоких в мире (за пределами пораженной ВИЧ Тропической Африки).

Даже несколько более катастрофично выглядит демографическая ситуация в Украине, где смертность в 2005 г. составила 16,6%, а рождаемость – 9%.

Диаграмма 2. Динамика рождаемости и смертности (% , на 1000 человек.) в Украине в 1975–2005 гг. ("украинский крест") [51]



Вклад низкой рождаемости и высокой смертности в российский и украинский "кресты"

По европейским меркам уровень рождаемости в России и Украине нельзя назвать беспрецедентно низким, столь же низкая рождаемость наблюдается во многих развитых странах. Однако уровень смертности в этих и некоторых других восточноевропейских государствах действительно аномально высок. Не только в странах Запада, но и, например, в Армении и Грузии рождаемость приблизительно на том же невысоком уровне, однако она сочетается с такой же невысокой или еще более низкой смертностью [49, 51], благодаря чему заметного убыли населения, т.е. острого демографического кризиса, здесь не наблюдается. В России и Украине именно катастрофическая смертность населения создает колоссальный разрыв между рождаемостью и смертностью, который выливается в острую депопуляцию.

В общем, можно выделить две основные группы гипотез относительно причин столь высокой смертности в Украине и России (а также Белоруссии).

1. Чрезвычайно высокая смертность – результат ухудшения уровня жизни после распада Советского Союза: экономический кризис, низкий уровень медицины, неблагоприятная экологическая ситуация, неудовлетворенность жизнью и т.д.

2. Основными фактором сверхсмертности россиян и украинцев является высокий уровень потребления алкоголя, табака и наркотиков.

Нет сомнения, что свой вклад внесли обе группы факторов, однако необходимо выяснить, какая же из них оказала решающее воздействие. Попробуем проверить эти гипотезы, сопоставив их с имеющимися данными.

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, если брать в целом, существенно сократились. В середине 1990-х впервые за долгие годы наступила некоторая стабилизация окружающей среды [29]. Все это происходило на фоне катастрофического роста смертности населения. Нет сомнения, что не слишком благоприятная экологическая ситуация негативно сказывалась и сказывается на здоровье и вносит определенный вклад в повышенную смертность, в особенности, в зонах экологического бедствия. Однако, в целом, очевидно, что экологическая ситуация не является основным фактором, который объясняет феномен постсоветской сверхсмертности 1990-х гг.

Экономический кризис

Детальный анализ приводит нас к выводу, что экономический кризис также не является главной причиной кризиса смертности в России и в Украине [25]. Во-первых, настоящий кризис сверхсмертности разразился в 1990-1994 гг. в экономически менее пострадавших северных постсоветских странах: России, Украине, Белоруссии и странах Балтии. В то же время в самых бедных странах Центральной Азии, а также Закавказья, где экономический кризис был нестандартно тяжелым даже по постсоветским меркам [40, 51], прирост смертности был существенно меньше [49, 51]. Во-вторых, в России и Украине более всего от кризиса сверхсмертности пострадали не беднейшие половозрастные группы: дети и женщины, а экономически наиболее состоятельная половозрастная группа мужчин среднего возраста

[49]. Относительный прирост смертности (в процентах) среди пенсионеров также был существенно ниже, чем среди мужчин работоспособного возраста [49]. Наконец, среди регионов России наибольшей продолжительностью жизни отличаются такие беднейшие и политически нестабильные регионы, как Ингушетия и Дагестан. Если в России в среднем продолжительность жизни в 2001 г. составляла 59 лет для мужчин и 72 года для женщин, то в Ингушетии эти показатели были равны 70 и 79 годам, а в Дагестане соответственно 67 и 76 годам [7].

Безусловно, экономический кризис внес существенный вклад в негативное развитие демографической ситуации в восточнославянских странах, однако он объясняет лишь меньшую часть феномена восточнославянской сверхсмертности, который так ярко проявил себя в начале 1990-х и в полной мере сохраняется в наши дни. Особенно отчетливо это видно при анализе демографического и экономического развития России и Украины в кросс-национальной перспективе. Существуют десятки стран со значительно меньшим ВВП на душу населения, чем в России и Украине, так как свидетельствуют показатели смертности и продолжительности жизни ситуация более благоприятная.

Кризис медицины

Экономическая ситуация в стране, как правило, сильнее всего отражается на состоянии медицины и системы здравоохранения, в целом. Ряд исследователей указывали 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% [34, 44]. Количество больных коек и врачей на душу населения почти не уменьшилось [47]. Таким образом, "обвала" не произошло" [28]. То же самое можно сказать и об Украине. Конечно, тяжелый экономический кризис начала 1990-х стал мощнейшим ударом по системе здравоохранения Украины, однако в основе своей эта система устояла: больных продолжали принимать в больницы, по-прежнему проводились операции и поликлиники вели прием населения. Таким образом, кризис медицины не является главной причиной кризиса сверхсмертности в названных выше странах.

В пользу такого утверждения свидетельствует, в частности, проведенное в Новосибирске исследование заболеваемости инсультами. Смертность от инсультов там выросла с 1987 по 1994 гг. за счет увеличения количества инсультов, в то время как процент умерших среди перенесших инсульт практически не увеличился [46].

Состояние медицины в России и Украине вряд ли хуже, чем в странах Закавказья и Центральной Азии, где статистические данные, характеризующие смертность и продолжительность жизни в целом заметно лучше (за исключением Казахстана, где значительный процент населения составляют славяне). Ряд показателей свидетельствует о позитивных тенденциях в российской медицине в последние годы – например, наблюдается снижение материнской и младенческой смертности и детской смертности от лейкемии [45]. Все это находится в разительном контрасте с продолжающимся ростом общей смертности россиян. Очевидно, что недостаток доступного и качественного медицинского обслуживания вносил и вносит свой вклад в повышенную смертность в Украине, России и других странах СНГ. Однако привлечения этого фактора совершенно недостаточно для объяснения феномена постсоветской сверхсмертности.

Неудовлетворенность жизнью и духовное неблагополучие

Достаточно распространенным является положение о том,

что социальный стресс, неудовлетворенность постсоветской действительностью вносят существенный вклад в сверхсмертность на постсоветском пространстве.

Как показывают социопсихологические исследования, жители ряда постсоветских и восточноевропейских республик в 1990-е гг. были ничуть не более, а зачастую менее счастливы, удовлетворены жизнью и оптимистичны, чем россияне и украинцы [33, 25]. Однако это не мешало жителям Армении, Грузии и Молдовы иметь значительно (а иногда и разительно) более низкие показатели смертности, в то время как продолжительность жизни у них была существенно выше.

Анализируя данные опроса в рамках программы "Центрально- и восточноевропейский барометр", Е. Брейнерд и Т. Кутлер указывают на то, что после 1998 г. уровень пессимизма российских мужчин 25-64 лет существенно понизился на фоне существенного прироста смертности в этой группе [32]. Опросы фонда "Общественное мнение" также фиксируют значительное улучшение психологического самочувствия россиян в 1998-2001 годы [24]. Несмотря на рост оптимизма и улучшение психологического самочувствия россиян, смертность в России за этот период существенно возросла – с 13,6% в 1998 г. до 15,6% в 2001 г., т.е. почти на 300 тыс. за год [8]. Следовательно, пессимизм и неудовлетворенность жизнью не являются важнейшими факторами кризиса сверхсмертности в России.

И.А. Гундаров в подтверждение значимости вклада психологических факторов в кризис смертности [9, 10] 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. Сила связи с показателями смертности оказалась выше всего для уровня убийств, несколько меньше – для статистики характеризующей питание, заработную плату 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 [10].

Как и многие исследователи [5, 32], И.А. Гундаров пользовался неверными официальными данными по потреблению алкоголя в Украине, России и других государствах. Официальные данные по потреблению алкоголя в постсоветских странах не учитывают теневое сектор 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 данные по Украине и, например, Казахстану не выдерживают совершенно никакой критики. В этих двух 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, влияющим на этот фактор, является потребление алкоголя [1, 14, 30, 31, 36]. Большинство российских убийц пьяны в момент убийства [12], как и значительное количество самоубийц [14]. Есть основания предполагать – статистический тест, проведенный И.А. Гундаровым, указал на уровень убийств как на самый надежный предиктор смертности в России, в значительной степени, потому что этот показатель более точно отражает потребление алкоголя, чем официальная статистика.

Нет сомнения, что психологическое состояние граждан оказывает влияние на их здоровье и продолжительность жизни (хотя механизмы могут быть совсем иными, чем это кажется с первого взгляда). Регрессионный анализ данных российского мониторинга экономического положения и здоровья населения (РМЭЗ) на предмет статистически значимых отличий среди умерших и не умерших за период обсле-

дования мужчин старше 18 лет не выявил значимости психологического фактора (уровень оптимизма), в отличие от возраста, индекса массы тела, курения и потребления крепких алкогольных напитков (водки и самогона) [32].

Алкогольная гипотеза

Уже само географическое распределение демографических показателей указывает на важность этого фактора. Все те страны, где случились демографические кресты, а именно Россия, Украина, Белоруссия и страны Балтии, в отличие от стран Закавказья и Средней Азии, а также глубоко исламизированных республик Северного Кавказа, имеют тяжелые алкогольные проблемы.

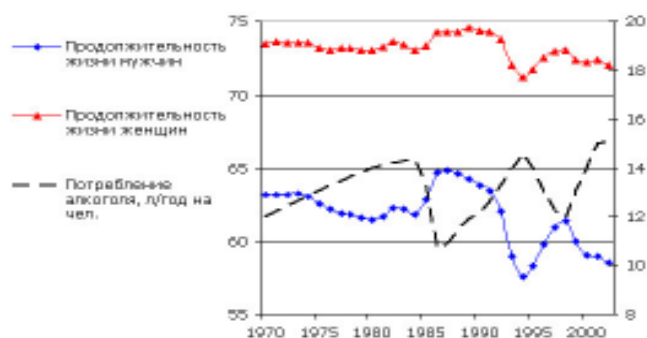
Потребление алкоголя увеличивает риск заболевания и смерти от цирроза печени и панкреатита, а также рака полости рта, горла, пищевода, желудка, прямой кишки, легких, молочной железы и печени [35]. На сердечнососудистую систему воздействие алкоголя разнонаправлено. Умеренное потребление алкоголя, по-видимому, благотворно влияет на сердечно-сосудистую систему, уменьшая риск заболевания ишемической болезнью сердца и ишемического инсульта. Этот эффект прослеживается сильнее всего среди пьющих вино, в особенности красное. В то же время потребление алкоголя в значительных количествах (более трех стандартных порций алкогольных напитков или 36-42 г спирта в день) [37] является однозначно негативным фактором, точно также как и воздействие ударных доз при не очень частом потреблении. В этом случае алкоголь увеличивает вероятность смерти от сердечно-сосудистых заболеваний: ишемической болезни сердца, повышенного кровяного давления, геморрагического инсульта, аритмии, кардиомиопатии [3, 30, 37, 41]. Огромный вклад алкоголя в смертность от внешних причин: отравлений алкоголем, убийств, самоубийств, ДТП, травм, несчастных случаев и т.д. [14, 28, 31, 43].

5а. Алкогольная смертность в советские годы и антиалкогольная кампания

Неблагоприятные демографические тенденции сложились в Советском Союзе еще в середине 1960-х гг., когда продолжительность жизни мужчин начала снижаться, а женщин ? стагнировать на фоне некоторых успехов советского здравоохранения и практически повсеместного роста продолжительности жизни в других регионах мира. Выдающийся отечественный демограф Б. Ц. Урланис связал рост разрыва между продолжительностью жизни мужчин и женщин с булышим потреблением последними алкоголя [23]. Определенную ясность внесло изучение последствий антиалкогольной кампании в Советском Союзе в 1984–1987 гг. Тогда реальное потребление алкоголя сократилось приблизительно на 27% [14], 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%, от инфекционных заболеваний на 20%, а от сердечно-сосудистых заболеваний на 9%. После сворачивания антиалкогольной кампании показатели смертности, в особенности мужской, резко выросли [39].

Диаграмма 3. Динамика потребления алкоголя и продолжительности жизни мужчин и женщин в России в 1970-2002 гг. [15, 51] (на след. странице)

И в советские годы, и после перестройки основными источниками кризиса сверхсмертности в России и Украины являются смерти от болезней системы кровообращения и от внешних причин [4]. Оба класса причин являются алкоголе-зависимыми. Именно поэтому эти виды смертности особенно живо "откликнулись" на антиалкогольную кампанию, отход от нее и либерализацию производства и реализации



алкоголя в России. В большинстве случаев наличие алкоголя в крови не фиксируется в официальных актах о смерти (нередко, видимо, из этических соображений), что приводит к колоссальной недооценке алкогольной смертности.

Алкоголь и смертность от болезней системы кровообращения

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.; Ижевск, 47% мужчин 20-55 лет, 1998–1999). Под маской значительного количества сердечно-сосудистых диагнозов в обоих случаях скрывалось алкогольное отравление, поскольку обнаруженные в крови дозы алкоголя, у ряда умерших были смертельно опасными [15, 22, 28]. Согласно расчетам А. В. Немцова, ни Курская область, ни Удмуртия не являются лидерами среди регионов России по вкладу алкогольной смертности в общую статистику [15]. Очевидно, что если бы подобные исследования были проведены по общероссийской или общеукраинской выборке, то исследователи получили бы сходный результат. 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 спровоцированы потреблением алкоголя [30, 37]. Такие инсульты характеризуются высокой летальностью, но смерть может наступить через определенный срок после инсульта, и повышенный уровень содержания алкоголя в крови умерших зарегистрирован не будет зарегистрирован.

Алкоголь и смертность от внешних причин

Вклад алкоголя в смертность от внешних причин гораздо выше. Большинство убийц в России нетрезвы в момент убийства. В нетрезвом виде погибают около половины самоубийц, значительная часть которых не совершила бы роковой шаг, если бы не состояние опьянения. Алкоголь — одна из важнейших причин высокого уровня преступности в России. Ежегодно сотни тысяч россиян и украинцев совершают в состоянии алкогольного опьянения преступления, которые не собирались совершать или могли бы не совершить: убийства, случаи умышленного причинения тяжкого вреда здоровью, изнасилования, хулиганские выходы, грабежи, разбои, кражи, угоны машин и т.д. В 2004 г. в России 295379 человек были осуждены за преступления, совершенные в состоянии алкогольного опьянения, что составило 37,2% от всех преступлений [12]. 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 исправительных учреждениях не способствуют долголетию.

Согласно широко распространенному мнению, причиной

многих 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 большинства. Токсикологические исследования показали, что основная часть потребляемого в России самогона и фальсифицированной водки не более, а в ряде случаев, менее токсична, чем качественная водка [16, 17].

Алкоголь и смертность мужчин трудоспособного возраста

Как говорилось ранее, мощнейший вклад в российскую и украинскую сверхсмертность вносят смерти мужчин трудоспособного возраста. Исследование результатов судебно-медицинских экспертиз в Ижевске показало, что доля умерших в состоянии алкогольного опьянения среди этой группы составила 62% (концентрация алкоголя в крови более 0,3%) [28]. Эта статистика подтверждается расчетами А. В. Немцова, сделанными в целом для России [14, 15].

6. Влияние на смертность различных алкогольных напитков

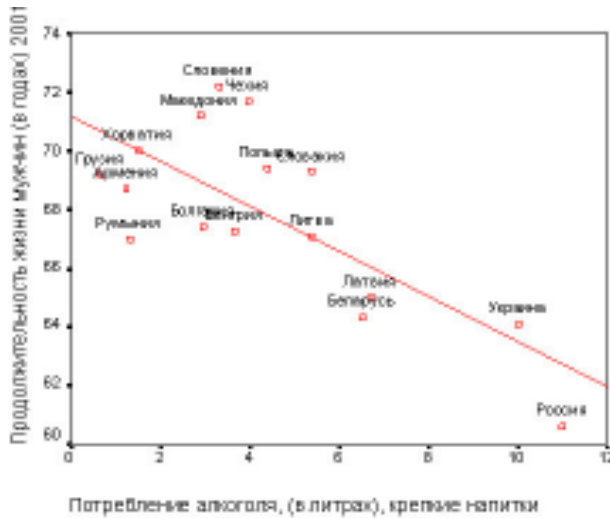
Согласно оценкам экспертов, среднестатистический взрослый россиянин выпивает около 14,5 литров спирта в год (официальные данные существенно занижены из-за высокой доли нелегальной продукции на рынке), при этом в последние годы наблюдается рост потребления [1, 14, 15]. В Украине по экспертным оценкам население потребляет более 12 литров этанола в год на взрослого человека [13].

Тем не менее, в ряде стран аналогично высокий уровень потребления алкоголя не сопровождается аномально высокой смертностью [52]. Среди них Португалия, Ирландия, Чехия, Франция, Германия, Австрия. Причина в том, что разные виды алкогольной продукции оказывают дифференцированное влияние на смертность, при этом важнейшим фактором риска является крепость наиболее популярного в стране напитка. Как показывают исследования, одномоментный прием тех же самых доз этанола в виде крепких и слабых напитков, очевидно, оказывает сходное воздействие [18]. 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, представляющей опасность для организма.

Эксперимент, проведенный В. П. Нужным и его соавторами, раскрывает 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: после завершения приема пива и джин-тоника пик опьянения наступал через полчаса после завершения приема алкоголя. При потреблении того же количества этанола в виде водки максимальное опьянение наступает через 90–150 минут [18]. На бытовом уровне это может означать ситуацию, при которой человек, пьющий водку, не чувствует, что выпил предельную для его безопасности дозу, в течение часа и далее продолжает потреблять алкоголь, достигая действительно сильной алкогольной интоксикации.

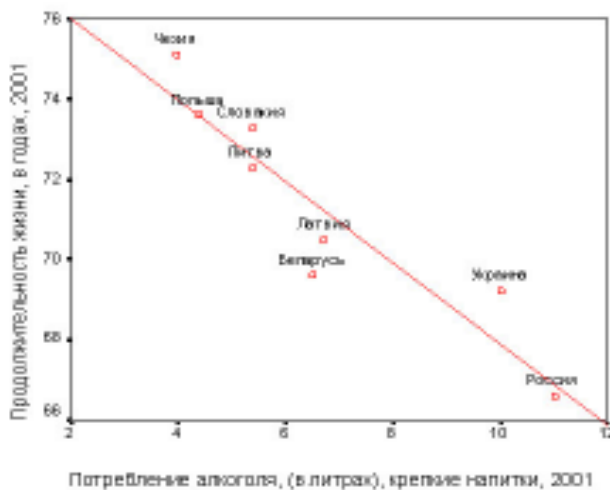
Характерно, что большинство государств, где наблюдались феномен сверхсмертности и демографические "кресты", — являются "водочными": Россия, Украина, Белоруссия и страны Балтии. На диаграмме 4 представлена корреляционная зависимость между потреблением крепких алкогольных напитков и продолжительностью жизни мужчин в постсоциалистических странах в 2001 г.

Диаграмма 4. Потребление крепких алкогольных напитков (в литрах чистого спирта на взрослого человека в год) и ожидаемая продолжительность жизни в годах) в 2001 г. в постсоциалистических странах [13, 15, 48, 52]



Мы видим отчетливую корреляцию между этими параметрами. Отметим, что в левом верхнем углу мы видим отчетливый винный кластер. Поскольку страны с крепкоалкогольной культурой потребления вина, как правило, переходят на пиво (на вино переходят элитные слои), то проведем тот же анализ взяв страны только водочного и пивного поясов (диаграмма 5).

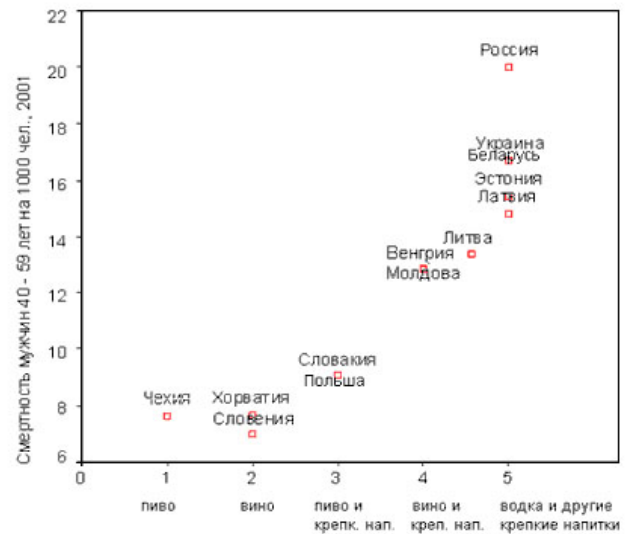
Диаграмма 5. Потребление крепких алкогольных напитков (в литрах чистого спирта на взрослого человека в год) и ожидаемая продолжительность жизни в годах) в 2001 г. в постсоциалистических странах водочного и пивного поясов [13, 15, 48, 52]



Как мы видим, в представленной выборке корреляция близка к стопроцентной ($R = -0,93$; $p = 0,0004$). Это говорит о том, что главным фактором деструктивного демографического развития Украины, России, и других постсоциалистических государств является именно водочная культура потребления алкоголя.

Зависимость между крепостью наиболее популярного вида напитков и смертностью мужчин 40–59 лет в странах бывшего социалистического блока хорошо видна на диаграмме 6 для стран с уровнем потребления алкоголя более 8 литров спирта на человека в год. Отметим, что даже небольшой сдвиг преимущественно водочной Литвы в сторону вина приводит к заметно меньшей по сравнению с Эстонией и Латвией смертности не только среди мужчин 40–59 лет, но и в целом.

Диаграмма 6. Смертность мужчин 40–59 лет (на 1000 человек) в зависимости от наиболее популярного вида напитков в постсоциалистических странах с потреблением более 8 литров чистого алкоголя в год на взрослого человека [25, 49, 52]



Другой коррелят алкогольной смертности - разница между продолжительностью жизни женщин и мужчин. В непьющих мусульманских странах с развитой системой здравоохранения и малопьющем Израиле эта разница составляет 4–5 лет. В странах пивного пояса такой разрыв, в среднем, равняется шести годам. В промышленно развитых странах винного пояса средний разрыв между мужской и женской продолжительностью жизни составляет около 8 лет и наиболее высок он в Венгрии, где крепкие напитки, хоть и в меньшей степени, чем вино, но все же весьма популярны среди населения. Это свидетельствует о том, что чем крепче напиток, тем более негативно его влияние на здоровье при потреблении в значительных количествах.

Наконец, наибольший разрыв между продолжительностью жизни женщин и мужчин наблюдается в "водочном" поясе, где среднее значение этого показателя превышает 10 лет. Печальное "лидерство" в 2001 г. было за Россией, где разрыв между средней продолжительностью жизни женщин и мужчин составляет 14 лет [51].

Крепкие алкогольные напитки - мощнейшие факторы демографического кризиса в России и Украине

Внимательное изучение ареала сверхсмертности в Восточной Европе не оставляет сомнений, что традиция потребления крепких алкогольных напитков (водка, горилка, самогон, палинка, ракия и т.д.) является колоссально мощным негативным фактором демографического развития, сопоставимым по силе с эпидемией СПИДа в Тропической Африке. Именно крепкие алкогольные напитки ответственны за аномально высокую (для соответствующего уровня экономического развития) смертность в России, Украине, Белоруссии и странах Балтии. Крепкие алкогольные напитки опасны благодаря существованию определенных паттернов потребления, обусловленных, впрочем, их свойствами. Культура потребления преимущественно крепких напитков сочетается с широкой распространенностью алкоголизма и практикой частых алкогольных интоксикаций. Алкогольная интоксикация является мощнейшим стрессом для организма и повышает риск смерти от болезней системы кровообращения и последствий неадекватного поведения, таких как самоубийства, убийства, ДТП, падения, травмы, отравления, утопления, переохлаждения, обгорания и т.д. Таким

образом, практика сильных алкогольных интоксикаций, прежде всего, крепкими алкогольными напитками – это важнейший источник российской сверхсмертности.

Расчеты показывают: если бы россияне и украинцы стали бы выпивать такой же объем этилового спирта, как и в настоящее время, но в виде более слабых напитков, а именно, пива и вина, то смертность в России и Украине была бы существенно ниже [11, 25]. Крайне вероятно, что смертность в этом случае не превышала бы рождаемости, и исчезла бы резкая депопуляция, главный симптом современного демографического кризиса. Переход на более слабые алкогольные напитки в сочетании с уменьшением абсолютного количества потребления алкоголя, вероятно, мог бы привести к падению смертности до еще более низкого уровня. Все это наряду с позитивными переменами в системе здравоохранения и компетентной и осознанной политикой стимулирования рождаемости, позволило бы полностью решить проблему демографического кризиса в долгосрочной перспективе.

Экспертные оценки алкогольной смертности в России

По расчетам ведущего специалиста в этой области А.В. Немцова, приблизительно каждая третья смерть в России имеет прямой или косвенной причиной алкоголь, а абсолютные потери могут достигать 750 тыс. в год [14, 15]. Если он прав, то это именно та треть, на которую смертность в России превышает рождаемость, создающую депопуляцию России в наши дни. К недостаткам таких расчетов можно отнести использование упрощенной одномерной линейной регрессионной модели, что в свою очередь в значительной степени обусловлено недостатком и низким качеством статистических данных.

Б.А. Ревич оценивает уровень алкогольной смертности в 324 тысячи смертей в год. В эту статистику входит смертность от алкогольных отравлений, циррозов, связанных с алкоголем случаев рака и болезней органов кровообращения [19]. Следует отметить, что помимо такой категории заболеваний, должны учитываться колоссальные алкогольные потери от внешних причин – травматизма, несчастных случаев, убийств, самоубийств, ДТП и т. п. Эти потери составляют в России более 320 тыс. в год, и, судя по всему, не менее половины их связаны с алкоголем. 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% [28].

Представляет интерес научная работа В.И. Харченко с соавторами, где подвергаются критике расчеты А.В. Немцова и оценивается алкогольная смертность в России как 15,7% от всех умерших в 2001 году или 315-393 тыс. 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" [26]. Такой подход вступает в некоторое противоречие с хорошо известным в клинической эпидемиологии "парадоксом профилактики" (prevention paradox): хотя индивидуальные риски тяжелого алкоголика существенно выше, чем риски умеренно пьющего, большинство страдающих от ряда алкогольных проблем – это именно умеренно пьющие, поскольку их значительно больше, чем злоупотребляющих алкоголем [38].

Кроме того, В.И. Харченко с соавторами дифференцированно подходит к расчету алкогольной смертности в различных возрастных когортах, отмечая, что алкогольная смертность концентрируется среди лиц 15-65 лет. На самом деле, алкогольная смертность среди несовершеннолетних и пен-

сионеров должна быть значительно ниже в процентном отношении, чем среди лиц трудоспособного возраста. Однако полностью не учитывать алкогольную смертность среди лиц старше 65 лет нельзя. Наводит на определенные размышления тот факт, что основные тренды смертности среди пенсионеров в России совпадают с динамикой потребления алкоголя: в 1990-1994 г. – резкий рост, в 1995-1998 г. – падение и дальнейший рост с 1999 г. [49].

Есть и прямые доказательства наличия значительного количества алкогольных смертей среди людей постпенсionного возраста. Данные показывают, 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 такого рода присутствует, хотя ее значение с возрастом снижается [14].

Таким образом, оценки В.И. Харченко с соавторами необходимо скорректировать с учетом потерь среди умеренно пьющих и людей постпенсionного возраста. Кроме того, непьющие, но в прошлом злоупотреблявшие алкоголем пенсионеры имеют повышенные шансы умереть из-за вреда, ранее нанесенного этому привычкой организму.

Среди особенно сильных сторон аргументации В.И. Харченко с соавторами можно выделить следующее положение (из выступления по радио "Маяк" 31 марта 2004 года руководителя впервые созданной в стране Федеральной службы Госнарконтроля 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 ... 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 (всего 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%" [26].

Обобщая, можно сказать, что по данным всех трех исследований, **алкогольная смертность приняла в России характер гуманитарной катастрофы, а в совокупности алкогольная и наркотическая смертность вносят решающий вклад в современную демографическую катастрофу в России.**

Опиаты и амфетамины – мощнейшие факторы сверхсмертности среди молодежи

Алкогольная смертность, принявшая характер гуманитарной катастрофы, сосуществует в России и Украине с другой угрозой – смертоносными наркотиками. Что касается смертоносности следует особо выделить наркотики, вводимые инъекционным путем.

Зависимость от инъекционных наркотиков вырабатывается чрезвычайно быстро: от героина после одной – пяти инъекций, а от кустарно изготавливаемых препаратов амфетаминовой группы даже быстрее, и крайне тяжело поддается лечению. Ведущие наркологические клиники добиваются того, что лишь меньшинство прошедших курс лечения не возвращаются к наркотикам в течение одного года. Многие из бывших наркоманов со временем возвращаются к наркомании.

Снижение приятных ощущений от наркотиков по мере увеличения срока приема героина заставляет увеличивать дозу, в результате чего заметная часть наркоманов умирает от передозировки. С каждой дозой наркоман вводит в свой организм токсичные вещества, которые разлагают все его органы. Значительное количество инъективных наркоманов

во многих населенных пунктах России и Украине, в конечном счете, заражаются ВИЧ, а большинство ВИЧ-инфицированных – наркоманы. Среди наркоманов распространены также другие болезни крови (например, вирусные гепатиты), существенно снижающие продолжительность жизни. В результате средняя продолжительность жизни наркомана, употребляющего героин, не превышает 7 лет с начала попадания в наркотическую зависимость. Фактически, подавляющее большинство из них обречены на раннюю смерть.

Если говорить о потреблении наркотиков, в целом, Россия и Украина, к счастью, отстают от большинства стран Запада, однако в статистике потребления наиболее смертоносных инъективных наркотиков эти страны в числе лидеров [50]. Согласно данным общероссийского опроса, проведенного Министерством образования России в 2002 г., не менее 4,2% россиян 11-24 лет пробовали героин, и 0,8% препараты амфетаминовой группы. При этом подавляющее большинство пробовавших потребляют наркотики чаще двух раз в месяц [27]. 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.

Влияние сверхсмертности на снижение рождаемости

Между тем, есть основания полагать, что алкоголизация и наркотизация негативно влияют не только на смертность, но и на уровень рождаемости в обществе [11]. Благодаря наркомании и практике сильных алкогольных интоксикаций показатели смертности среди молодежи в России и Украине в разы выше, чем во многих постсоциалистических странах, включая беднейшие. Многие молодые женщины умирают, не успев произвести на свет потомство. Катастрофическая смертность мужчин также является фактором снижения рождаемости. Смертность молодого мужского населения репродуктивного возраста автоматически увеличивает процент неполных семей, в результате чего растет процент одиноких женщин, отказывающихся от заведения второго или даже первого ребенка. Кроме того, большой разрыв между продолжительностью жизни мужчин и женщин 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 потребуется в течение значительного времени после рождения ребенка. В подобной ситуации высокий процент женщин не решается на рождение детей.

Исследование факторов рождаемости по данным Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения 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 алкоголиков, составляющих в обществе ничтожное меньшинство (менее 1%), оказывается, что непьющие женщины рожали чаще. "Так, среди совсем не употреблявших алкоголь в течение месяца рождаемость составила 6,1% (с 1995 по 2001 г.),

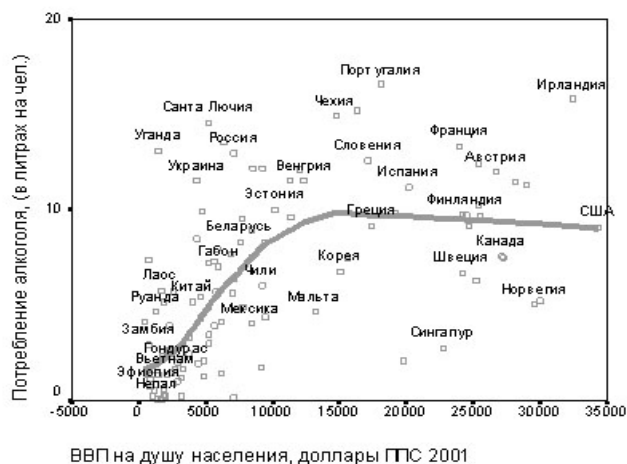
среди пьющих 1-3 раза в месяц 3,1%, среди пьющих 1-3 раза в неделю 2,8%, ... зависимость от частоты потребления мужем - обратная (за весь период наблюдений на более чем 200 случаев мужчин, пьющих 4 раза в неделю - всего 2 случая рождения детей)" [21].

Механизмы найденной взаимосвязи требуют дальнейших исследований, однако, в любом случае, очевидно, что крепкие алкогольные напитки и тяжелые наркотики не только создают феномен сверхсмертности, но и способствуют снижению рождаемости (хотя бы в результате смертей молодых людей), а значит, являются главными причинами демографического кризиса в России и Украине.

Глубинные причины алкоголизации и наркотизации России и Украины в контексте международного опыта

Здесь встает вопрос, почему россияне и украинцы пьют крепкие алкогольные напитки и потребляют наркотики? Обратимся к международному опыту. На Диаграмме 7 видно, что в беднейших странах потребление алкоголя незначительно, т.к. большинство населения просто не имеет возможности потратиться на покупку или производство такой роскоши, как алкоголь.

Диаграмма 7. Потребление алкоголя (WHO 2005) и ВВП на душу населения в мире (за исключение стран, где более 40% населения мусульмане) [25, 48, 52]



Поскольку алкоголь приносит приятные ощущения и вызывает зависимость, то 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.).

История Венгрии в 1970-80-е гг. представляет яркий пример того, как рост уровня жизни привел к росту потребления алкоголя. В этой стране становление демографического "креста" началось задолго до перестройки. В результате успешных экономических реформ администрации Яноша Кадара в 1960–70-е гг. произошла либерализация венгерской экономики, что привело к стремительному экономическому подъему. Однако общий рост экономики привел и к росту производства и потребления алкоголя. Подъем сельского хозяйства способствовал 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 ощутимый рост смертности, сопровождавшийся с 1976 г. резким падением рождаемости. Если в Украине и России демографический крест случился на фоне падения производства (с 1989 по 1998 гг. ВВП сократился в 1,79 раз), то в Венгрии – на фоне

его быстрого роста (за 1970-е гг. ВВП Венгрии вырос на 58%) [11, 25].

Алкоголизация России и Украины произошла по тому же сценарию, что и во всем мире. В дореволюционный период потребление алкоголя было в несколько раз ниже, чем в наши дни [6]. Особенно сильный рост потребления алкоголя начался в 1960-е гг., когда уровень жизни советских граждан начал ощутимо расти. Несчастливой особенностью алкоголизации Украины и России стала типичная для северных европейцев модель преимущественного потребления крепких алкогольных напитков, способствующих сильной интоксикации.

Главным толчком к росту потребления алкоголя и алкогольной смертности 1990-х стала либерализация алкогольной отрасли и, как следствие, возросшая экономическая доступность крепких алкогольных напитков и спирта. 7 июня 1992 г. Б.Н. Ельцин отменил государственную монополию на водку, в результате чего относительная цена водки упала в несколько раз. Как показали Ю.В. Андриенко и А.В. Немцов, в России, также как и в других странах [42], потребление алкоголя зависит от цен на спиртное. Однако важным фактором потребления алкогольных напитков являются и доходы граждан. Анализ данных РМЭЗ показал, что в России "риск быть потребителем алкоголя растет вместе с индивидуальным доходом" [2]. 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. Алкоголизация и наркотизация, являясь по своей природе деструктивными социальными инновациями, "изменяющими качественные характеристики социальной системы" [20], развиваются автоталитически по мере роста экономической и/или физической доступности алкоголя и наркотиков при отсутствии серьезных сдерживающих факторов (религиозный запрет, ограничительная политика государства и т.д.). Эта две деструктивные социальные инновации требуют оперативного и компетентного вмешательства государства.

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. Особенную тяжесть ситуации на постсоветском пространстве определяет географическая близость к мировому центру производства наиболее летальных инъективных наркотиков - Афганистану.

Безусловно, для окончательного решения демографического кризиса в Украине и России необходима комплексная программа действий, непременно включающая серьезную работу в области совершенствования здравоохранения и стимуляции рождаемости. Однако навряд ли на сегодняшний день в этих странах имеются ресурсы, способные увеличить рождаемость настолько, чтобы покрыть огромную разницу между рождаемостью и смертностью без снижения последней. В свою очередь снижение смертности в России и Украине требует разработки и внедрения адекватной алкогольной политики и наркополитики. Необходимо изучать мировой и отечественный опыт в борьбе с алкогольными проблемами, 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 современных Украине и России.

Литература:

1. Андриенко Ю. В. В поисках объяснения роста преступности в России в переходный период: криминологический подход. Экономический журнал ВШЭ, 2001; 5(2): С. 194–220.
2. Андриенко Ю. В., А. В. Немцов. Оценка индивидуального спроса на алкоголь. М.: EERC, 2005.
3. Вирганская И. М. Внезапная смерть и алкоголь. Здравоохранение Российской Федерации, 1991; 6: 18–20.
4. Вишневский, А. Г., В. М. Школьников. Смертность в России: Главные группы риска и приоритеты действий. М.: Московский Центр Карнеги, 1997.
5. Гайдар Е. Т. Долгое время. Россия в мире: Очерки экономической истории. М.: Дело, 2005.
6. Дмитриев В. К. Критические исследования о потреблении алкоголя в России. М.: Русская панорама, 2001.
7. Госкомстат РФ. Демографический ежегодник России 2002. – М.: Госкомстат РФ, 2002.
8. Госкомстат РФ. Раздел "Население". Основные демографические показатели; Демография на 1 января 2006 г. (<http://www.gks.ru>). Цит. 17.03.2006.
9. Гундаров И. А. Демографическая катастрофа в России: причины, механизмы, пути преодоления. М.: УРСС, 2001.
10. Гундаров И. А. Почему умирают в России, как нам выжить? М.: МедиаСфера, 1995.
11. МВД РФ. Преступность и правонарушения (2000–2004). Статистический сборник. М.: МВД РФ, 2005.
12. Минздрав РФ. Смертность населения Российской Федерации 2002 г.: Статистические материалы. М.: Минздрав РФ, 2003.
13. Минко А.И. Алкоголизм? междисциплинарная проблема (выявление, лечение, реабилитация, профилактика) // Украинський вісник психоневрології. 2001. Т. 9. № 4: 6–7.
14. Немцов А. В. Алкогольная смертность в России 1980–90-е гг. М.: NALEX, 2001.
15. Немцов А. В. Алкогольный урон регионам России. М.: NALEX, 2003.
16. Нужный В. П. 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", 2004; 6: 1715.
17. Нужный В. П., С. А. Савчук. Алкогольная смертность и токсичность алкогольных напитков. Партнеры и конкуренты, 2005; 5: 18–26, 6: 27–35, 7: 24–31, 8: 15–21.
18. 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, В. С. Моисеев. Сравнительное исследование психофизиологических эффектов водки, пива и слабоалкогольного газированного напитка. Вопросы наркологии, 2003; 2: 227–235.
19. Ревич Б. А. Роль окружающей среды как фактора смертности населения России. Население и общество, 2005; 227–228, 19–31 декабря.
20. Романов В. Л. Социально-инновационный вызов государственному управлению М., 2006.
21. Рощина Я. М., А. В. Бойков. Факторы фертильности в современной России. М.: EERC, 2005.
22. Тишук Е. А. Российской Федерации, 1997; 2: 34736.
23. Урланис Б. Ц. И снова: берегите мужчин. Литературная газета, 1978; 7 января.
24. ФОМ. Год уходящий - год наступающий: итоги и ожидания. 16.12.2004. (<http://bd.fom.ru/report/map/d045011>).
25. Халтурина Д. А., А. В. Коротав. "Русский крест": факторы, механизмы и пути преодоления демографического кризиса в России.
26. Харченко В. И., Е. П. Какорина, О. Д. Мишнев, Н. Г. Найденова, В. М. Удинцев, М. М. Вирин и Р. Ю. Михайлова. Сравнительный анализ алкогольной смертности населения России (проблемы диагностики, трактовок, регистрации, количественной оценки). Реферативный сборник "Новости науки и техники", серия "Медицина". Вып. 2. Алкогольная болезнь, 2004: 1220.
27. Шереги Ф. Э., А. Л. Арефьев. Оценка наркоситуации в среде детей, подростков и молодежи. М.: Минобразования России, 2003.
28. Школьников В. М., В. В. Червяков (Ред.). Политика по контролю кризисной смертности в России в переходный период. М.: ППРОН, 2000.
29. Яблоков А. В. Состояние и охрана окружающей среды. – В кн.: Большая российская энциклопедия. М.: Большая российская энциклопедия, 2003.
30. Anderson P. Alcohol and Risk of Physical Harm. – В кн.: Alcohol and Public Policy. Oxford, New York, Toronto, Tokyo: Oxford University Press, 1995. P. 82–108.
31. Andreasson S., A. Rosmelsju, P. Allbeck. Alcohol and Mortality among Young Men: Longitudinal Study of Swedish Conscripts. British Medical Journal, 1988; 296: 1021–1025.
32. Brainerd E., D. Cutler. 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, MA (<http://www.wcfia.harvard.edu/conferences/demography/papers/Brainerd.pdf>).
33. Central and East European Barometer. (<http://webapp.icpsr.umich.edu/ICPSR-SERIES/00018.xml>).
34. Davis C. Economic Transition, Health Production and Medical System Effectiveness in the Former Soviet Union and Eastern Europe. Paper presented at the Project Meeting on Economic Shocks, Social Stress and the Demographic Impact, April 17/19, Helsinki, 1997.
35. Duffy S. W., L. D. Sharples. Alcohol and Cancer Risk. – В кн.: Alcohol and Illness. Edinburgh: Edinburgh University Press, 1992. P. 1–18.
36. English D. R. et al. Quantification of Drug Cause Morbidity and Mortality in Australia, 1992. Canberra: Commonwealth Development of Human Services and Health, 1995.
37. Klatsky A. Alcohol and Cardiovascular Health. Integrative and Comparative Biology, 2004; 44(4): 3247329.
38. Lemmens P. H. H. M. Individual Risk and Population Distribution of Alcohol Consumption. – В кн.: Alcohol and Public Policy: Evidence and Issues. Oxford, NY, Toronto: Oxford University Press, 1995. P. 38761.
39. Leon D. A., L. Chenet, V. M. Shkolnikov, S. Zakharov, J. Shapiro, G. Rakhmanova, S. Vassin and M. McKee. Huge Variation in Russian Federation Mortality Rates 1984–1994: Artefact, Alcohol or What? Lancet, 1997; 350: 383–388.
40. Maddison A. Monitoring the World Economy: A Millennial Perspective. Paris: OECD, 2001.
41. McKee M., A. Britton. A Positive Relationship between Alcohol and Heart Deaths in Eastern Europe: Potential Physiological Mechanism. Journal of the Royal Society of Medicine, 1998; 91: 402–407.
42. Osterberg E. Do Alcohol Prices Affect Consumption and Related Harm? – В кн.: Alcohol and Public Policy. Oxford, New York, Toronto, Tokyo: Oxford University Press, 1995. P. 145–158.
43. Romelsjo A. Alcohol Consumption and Unintentional Injury, Suicide, Violence, Work Performance and Intergenerational Effect. – В кн.: Alcohol and Public Policy. Evidence and Issues. Oxford, New York, Toronto, Tokyo: Oxford University Press, 1995. P. 114–134.
44. Shapiro J. Russian Health Care Policy and Russian Health. – В кн.: Russian Political Development. London: Macmillan, 1997.
45. Shkolnikov V., M. McKee, D. A. Leon. Why is the Death Rate from Lung Cancer Falling in Russian Federation. European Journal of Epidemiology, 1999; 15(3): 2037206.
46. Stegmayr B., T. Vinogradova, S. Malyutina, M. Markku, Yu. Nikitin, K. Asplund. Widening Gap of Stroke between East and West: Eight-Year Trends in Occurrence and Risk Factors in Russia and Sweden. Stroke, 2000; 278.
47. UNDP (United Nations Development Program). Human Development Report 1995. New York – Oxford: UNDP, 1995.
48. UNDP (United Nations Development Program). Human Development Report 2001. New York – Oxford: UNDP, 2001.
49. UNICEF. Социальный мониторинг "Инночент", 2004 г. Florence: UNICEF Innocenti Research Centre, 2004 (www.unicef-icdc.org/publications/pdf/sm2004/sm2004_russian.pdf).
50. United Nations. World Drugs Report 2004. New York: United Nations, 2004. Vol. 2. P. 1957208 (http://www.unodc.org/unodc/en/world_drug_report.html).
51. World Bank. World Development Indicators 2005. Washington, DC, 2005.
52. World Health Organization. Global Alcohol Database