

ВЛИЯНИЕ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЕМ НА РАЗВИТИЕ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР)

Т.В. КАЙГОРОВОДА¹, И.А. КРЮКОВА²

^{1,2} ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации
и информатизации здравоохранения» Минздрава России, г. Москва, Россия

УДК: 614.2

DOI: 10.21045/2782-1676-2021-1-2-48-61

Аннотация

Вредное употребление алкоголя является фактором риска развития неинфекционных заболеваний (НИЗ), таких как рак, сердечно-сосудистые заболевания, болезни желудочно-кишечного тракта, диабет и другие. Помимо заболеваемости злоупотребление алкоголем повышает смертность, особенно в молодых возрастах. Важной характеристикой является частота и количество употребляемого алкоголя человеком. Чем чаще и больше человек злоупотребляет алкоголем, тем выше риск развития НИЗ и уровня смертности. *Цель исследования:* анализ публикаций Всемирной организации здравоохранения и научных публикаций зарубежных исследователей о влиянии алкоголя на развитие неинфекционных заболеваний. *Материалы и методы исследования.* Контент-анализ документов Всемирной организации здравоохранения и зарубежных исследований по оценке влияния алкоголя. Всего было проанализировано 48 документов международных организаций, включая Всемирную организацию здравоохранения (ВОЗ), Организацию Объединенных Наций (ООН), Международное агентство исследований в области рака (МАИР-ИАРС) и Всемирный банк, а также 211 научных публикаций. Из них отобрано 19 документов, в которые вошли материалы ВОЗ, ООН, МАИР и Всемирного банка, посвященные влиянию злоупотребления алкоголем на здоровье, и 63 научных публикации на эту тему. Критерий отбора: содержание в документах материалов, достаточно полно описывающих влияние злоупотребления алкоголем на здоровье как фактора риска развития различных заболеваний. *Результаты.* Анализ представленных документов и публикаций выявил большой объем доказательных данных о том, что вредное употребление алкоголя является причинным фактором развития ряда неинфекционных заболеваний, увеличения смертности и инвалидности на более ранних стадиях жизни, развития связи между вредным употреблением алкоголя и целым рядом психических и поведенческих расстройств.

Ключевые слова: вредное влияние алкоголя, неинфекционные заболевания (НИЗ), психические и неврологические расстройства, заболеваемость, смертность, частота и количество употребления алкоголя.

Для цитирования: Кайгородова Т.В., Крюкова И.А. Влияние злоупотребления алкоголем на развитие неинфекционных заболеваний (аналитический обзор). // Общественное здоровье. 2021, 1(2):7–11. DOI: 10.21045/2782-1676-2021-1-2-48-61

Контактная информация: Кайгородова Татьяна Вадимовна, kaidoc@mednet.ru

Статья поступила в редакцию: 28.02.2021. **Статья принята к печати:** 18.03.2021. **Дата публикации:** 23.07.2021.

UDC: 614.2

THE IMPACT OF ALCOHOL ABUSE ON THE DEVELOPMENT OF NON-COMMUNICABLE DISEASES (ANALYTICAL REVIEW)

T.V. Kaigorodova¹, I.A. Kryukova²

^{1,2} Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia.

Abstract

The harmful use of alcohol is a risk factor for the development of non-communicable diseases (NCDs), such as cancer, cardiovascular disease, gastrointestinal diseases, diabetes and others. In addition to morbidity, alcohol abuse

increases mortality, especially at young ages. An important characteristic is the frequency and amount of alcohol consumed by a person. The more often and more a person abuses alcohol, the higher the risk of developing NCDs and the mortality rate. *Purpose of the study:* analysis of publications of the World Health Organization and scientific publications of foreign researchers on the influence of alcohol on the development of non-communicable diseases. *Materials and research methods.* Content analysis of documents of the World Health Organization and foreign studies on the assessment of the impact of alcohol. In total, 48 documents of international organizations were analyzed, including the World Health Organization (WHO), the United Nations (UN), the International Agency for Research on Cancer (IARC-IARC) and the World Bank, as well as 211 scientific publications. Of these, 19 documents were selected, which included materials from WHO, UN, IARC and the World Bank on the impact of alcohol abuse on health, and 63 scientific publications on this topic. Selection criterion: the content in the documents of materials that adequately describe the impact of alcohol abuse on health as a risk factor for the development of various diseases. *Results.* An analysis of the documents and publications presented revealed a large mass of evidence that the harmful use of alcohol is a causal factor in the development of a number of noncommunicable diseases, an increase in mortality and disability at earlier stages of life, and the development of a link between harmful use of alcohol and a number of mental and behavioral disorders.

Key words: harmful effects of alcohol, non-communicable diseases (NCDs), mental and neurological disorders, morbidity, mortality, frequency and amount of alcohol consumption.

For citation: Kaigorodova T.V., Kryukova I.A. The impact of alcohol abuse on the development of non-communicable diseases (analytical review). // Public health. 2021, 1(2):7–11. DOI: 10.21045/2782-1676-2021-1-2-48-61.

ВВЕДЕНИЕ

Вредное употребление алкоголя в широком смысле определяется как «употребление алкоголя, которое вызывает пагубные последствия для здоровья и социальной жизни пьющего, окружающих его людей и общества в целом, а также создает модели употребления алкоголя, которые связаны с повышенным риском неблагоприятных последствий для здоровья». В этом определении упоминаются последствия, выходящие за рамки клинического контекста, и подчеркивается, что употребление алкоголя является одним из ведущих факторов риска ухудшения здоровья, инвалидности и смерти населения во всем мире [1].

Воздействие алкоголя на хронические и острые проблемы здоровья среди населения в значительной мере определяется двумя отдельными, но взаимосвязанными параметрами употребления алкоголя:

- общий объем употребляемого алкоголя и
- модель употребления алкоголя.

Контекст употребления алкоголя играет важную роль с точки зрения причинения вреда, связанного с алкоголем, в частности, это касается последствий алкогольной интоксикации для здоровья и, в редких случаях, качества алкоголя. Употребление алкоголя может

оказывать воздействие не только на заболеваемость, травматизм и возникновение других нарушений здоровья, но также и на течение таких состояний и их результаты для отдельных людей [5].

Алкоголь известен как причина возникновения около 60 различных заболеваний и состояний, включая травмы, психические и поведенческие расстройства, желудочно-кишечные заболевания, рак, сердечно-сосудистые заболевания, иммунологические расстройства, заболевания легких, заболевания костно-мышечной системы, нарушения репродуктивной функции и вред для внутриутробного развития, включая повышенный риск недоношенности и низкого веса при рождении [31]. Частота и объем эпизодического пьянства имеют особое значение для повышения риска травм и некоторых сердечно-сосудистых заболеваний (ишемическая болезнь сердца и инсульт). И хотя при ишемических заболеваниях существует защитное действие от слабого до умеренного употребления алкоголя, все равно алкоголь в большинстве случаев токсичен для сердечно-сосудистой системы [8].

Из-за глобального старения населения неинфекционные заболевания (НИЗ) в настоящее время находятся в центре внимания национальных и глобальных профилактических усилий. В Глобальном плане действий ВОЗ

в области профилактики неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013–2020 годы во главу угла ставятся сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), онкологические заболевания, хронические заболевания легких и диабет [2]. При этом, алкоголь считается одним из четырех ключевых факторов риска, способствующих росту бремени этих болезней [2, 36, 49].

Анализ показателей бремени НИЗ, обусловленных потреблением алкоголя, также включает влияние алкоголя на заболевания органов пищеварения и психические, неврологические расстройства и расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ, где значительная доля инвалидизации обусловлена потреблением алкоголя [41, 81]. По оценочным данным, потребление алкоголя стало причиной 1,7 миллиона смертей от НИЗ (4,3% всех случаев смерти от НИЗ) и 65,5 миллиона DALY, обусловленных НИЗ (4,2% всех DALY, обусловленных НИЗ) в 2016 году [11].

Преобладающая доля бремени смертности, относимой на счет алкоголя, особенно в Европе, приходится на категории смертности от хронических состояний – цирроза печени, онкологических и сердечно-сосудистых заболеваний [7].

Распределение причин смертности от алкоголя заметно варьируется в зависимости от пола и региона. Для мужчин наибольший вклад в смертность от алкоголя вносят цирроз печени (26%) и непреднамеренное повреждение (23%), за которым следует рак (16%) и преднамеренное повреждение (15%). Для женщин более двух третей смертей, связанных с употреблением алкоголя, происходит от цирроза печени (37%) и рака (31%) (наибольшая доля которого связана с раком молочной железы – 21%), с сердечно-сосудистыми заболеваниями, исключая ишемическую болезнь сердца, как отдаленную третью причину (11%) [8].

Большинство смертей, связанных с употреблением алкоголя в Европейском Союзе, происходят не из-за острого вреда (такого как травмы и отравления), а из-за вызванных

алкоголем хронических заболеваний. Рак, сердечно-сосудистые заболевания и заболевания пищеварительной системы составляют большую часть. Основной причиной смерти, связанной с употреблением алкоголя, в 2016 году был рак (29% смертей, связанных с употреблением алкоголя), за которым следовали цирроз печени (20%), ССЗ (19%) и травмы (18%) [11].

Молодые люди непропорционально больше страдают от сильного влияния алкоголя по сравнению с более старшими возрастными группами. В то время, как 5,5% всех смертей среди населения в целом в 2016 году были связаны с употреблением алкоголя, в возрастной группе 15–19 лет таких смертей было 19,0% или каждый пятый случай. А в возрастной группе 20–24 года доля таких смертей составила 23,3% (каждая четвертая смерть) [11].

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ

Потребление алкоголя было определено Международным агентством по исследованиям в области рака (IARC) как канцерогенный фактор [14, 17, 18].

В глобальном масштабе в 2016 г. из 9 миллионов случаев смерти от рака примерно 0,4 миллиона были обусловлены потреблением алкоголя (что составляет 4,2% от всех случаев смерти). В территориальном разрезе стандартизованные по возрасту показатели бремени онкологических заболеваний, обусловленных потреблением алкоголя, были самыми высокими в Европейском регионе ВОЗ (8,4 на 100 000 населения) и в Американском регионе ВОЗ (5,1 на 100 000 человек). Аналогичным образом, алкоголем обусловлена самая большая доля случаев смерти от рака в Европейском и Американском регионах ВОЗ – 6,2% и 4,6% от всех случаев смерти [12]. Рак является ведущей причиной смертности как в странах с низким, так и высоким уровнем дохода [78], и ожидается, что бремя онкологических заболеваний будет расти, особенно в развивающихся странах (где проживает большая

часть населения мира) по причине старения населения, а также изменений в образе жизни и рисках, связанных с окружающей средой, возникающих по мере развития стран [10].

Рак является самой большой категорией в смертности от болезней, связанных с употреблением алкоголя, в Европейском Союзе. Согласно консервативной оценке, 6,1% всех случаев смерти от рака в странах ЕС вызваны алкоголем (8% у мужчин, 3,6% у женщин). В абсолютном выражении это означает, что более 85 000 случаев смерти в год от разных видов рака связаны с алкоголем. Показатели заболеваемости раком, обусловленным потреблением алкоголя, в Европейском регионе ВОЗ существенно варьировались от менее 2 на 100 000 человек в Азербайджане, Израиле, Таджикистане, Турции и Узбекистане до почти 20 на 100 000 человек в Венгрии, Румынии и Республике Молдова [4].

Международное агентство по исследованиям в области рака (IARC) установило, что потребление алкоголя имеет причинно-следственную взаимосвязь с развитием рака полости рта, ротоглотки, пищевода (плоскоклеточный рак), прямой и толстой кишки, гортани, печени и внутриспеченочных желчных протоков, а также рака молочной железы [15, 16, 33, 42].

Как частично относимые на счет алкоголя были определены следующие онкологические заболевания: рак носоглотки, пищевода, гортани, поджелудочной железы, печени, толстой и прямой кишки и молочной железы [61]. Зависимости доза-эффект на шкале относительного риска близки к линейным [33, 74], видимое нижнее пороговое значение отсутствует; показано, что потребление алкоголя даже в небольших количествах увеличивает риск развития рака [75]. Таким образом, неизменно подтверждается, что потребление алкоголя является существенным фактором риска развития онкологического заболевания, а учитывая высокий уровень потребления алкоголя в Европе, это особенно справедливо в отношении Европейского региона ВОЗ [54, 70].

Из всех причин смерти смертность от рака, связанная с употреблением алкоголя,

в наименьшей степени различается в разные годы и между странами. Данный феномен частично может объясняться длительным и изменчивым латентным периодом между воздействием алкоголя и началом онкологического заболевания [43]. Другой причиной выступает тот факт, что алкоголь имеет слабую причинную связь с наиболее распространенными видами рака или не имеет ее вовсе. Вследствие этого смертность от разных видов рака, связанная с употреблением алкоголя, составляет менее 10% от общей онкологической смертности в любом из регионов мира [4].

Рак прямой и толстой кишки, рак печени и рак пищевода внесли наибольший вклад в бремя онкологических заболеваний, обусловленных потреблением алкоголя, став причиной, соответственно, 90 000, 84 000 и 73 000 смертей от рака, обусловленных алкоголем. Кроме того, алкоголь оказывает наибольшее влияние на рак верхних отделов желудочно-кишечного тракта и дыхательных путей, являясь причиной 26,4% всех видов рака губы и полости рта, 30,5% всех других видов рака глотки (исключая рак носоглотки), 21,6% всех видов рака гортани и 16,9% всех видов рака пищевода [12].

Взаимосвязь с различными уровнями среднего потребления алкоголя различна для разных видов рака. Например, что касается рака молочной железы у женщин, каждые дополнительные 10 г чистого алкоголя в день связаны с увеличением относительного риска возникновения рака молочной железы на 7%, тогда как регулярное употребление примерно 50 г чистого алкоголя увеличивает относительный риск развития рака толстой и прямой кишки на 10–20%. И наоборот, отношение среднего потребления алкоголя на развитие рака гортани, глотки и пищевода заметно выше, чем отношение к развитию рака молочной железы и колоректального рака (увеличение более чем на 100% при среднем потреблении 50 г чистого алкоголя в день). Среди причинных механизмов, которые вызывают некоторые виды рака, отмечается токсическое действие ацетальдегида, который является метаболитом алкоголя [4, 8].

В Европейском регионе ВОЗ в 2018 г. доля случаев смерти от рака, обусловленного потреблением алкоголя, была наиболее высокой применительно к раку полости рта, пищевода и ротоглотки, в то время как рак толстой и прямой кишки и рак молочной железы, обусловленные потреблением алкоголя, привели к пропорционально меньшей смертности. Хотя доля случаев смерти от рака молочной железы и рака толстой и прямой кишки, связанных с потреблением алкоголя, относительно невелика, именно эти локализации были наиболее распространенными из всех случаев рака, обусловленного потреблением алкоголя, в Европейском регионе ВОЗ в 2018 г., поскольку 45 500 случаев заболевания и 12 100 случаев смерти от рака молочной железы среди женщин и примерно 59 200 случаев заболевания и 28 200 случаев смерти от рака толстой и прямой кишки у женщин и мужчин связаны с употреблением алкоголя. Рак иных локализаций, таких как гортань и ротоглотка, возникал реже, но приводил к более высоким долям смертельных случаев вследствие потребления алкоголя [4].

Показатели бремени онкологических заболеваний, обусловленных потреблением алкоголя, не включали показатели бремени тех локализаций рака, в отношении онкогенности которых доказательных данных недостаточно (по классификации IARC определяется как уровень 1A) [15, 16]. Однако существуют и ограниченные доказательства наличия причинно-следственной связи между потреблением алкоголя и развитием рака желудка, желчного пузыря, поджелудочной железы, предстательной железы и почек (пониженный риск), как это определено Международным агентством исследования в области рака [16]. Добавление этих видов рака к анализу, проведенному во Франции, который был ограничен данными 2015 года, привело к увеличению дополнительной доли заболеваемости раком в популяции, обусловленной потреблением алкоголя, с 7,9% (когда речь идет только о раке с доказанной причинно-следственной связью) до 8,4% (когда речь идет о раке, где существуют хотя бы ограниченные доказательства

наличия причинно-следственной связи) – эти оценки основаны на данных, представленных Shield K.D. с коллегами [73].

В то время как для мужчин рак представляет собой самую большую категорию смертей, связанных с употреблением алкоголя (63 000 смертей в год). Самая большая категория смертей, связанных с употреблением алкоголя, среди женщин – это сердечно-сосудистые болезни, что составляет около 26 000 смертей в год [4, 11].

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются ведущей причиной смертности во всем мире, вызывая 17,9 миллиона смертей (31,6% всех смертей) и 413,2 миллиона бремени болезней – DALY (15,9% всех DALY) [12].

В глобальном масштабе в 2016 году потреблением алкоголя суммарно было обусловлено 593 000 смертей от ССЗ (3,3% от всех смертей от ССЗ) и 13 миллионов соответствующих потерь DALY (3,2% от всех DALY, связанных с ССЗ). Сердечно-сосудистые заболевания стали причиной 19,8% всех смертей, обусловленных потреблением алкоголя, и 9,8% соответствующих потерь DALY. В территориальном разрезе, стандартизованные по возрасту показатели бремени смертности от ССЗ, обусловленные потреблением алкоголя, и DALY были самыми высокими в Европейском регионе ВОЗ (22,8 смертей и 541 DALY на 100 000 населения) и в Африканском регионе (5,7 смертей и 152 DALY на 100 000 населения). Аналогичным образом роль алкоголя как основной причины ССЗ также варьировалась в зависимости от региона и была самой высокой в Европейском регионе (где потреблением алкоголя обусловлено 10,5% всех смертей от ССЗ и 11,0% DALY, определяемых ССЗ) и далее – в Африканском регионе (где потреблением алкоголя обусловлено 2,2% всех смертей от ССЗ и 2,5% DALY, определяемых ССЗ) [12].

Сердечно-сосудистая смертность вносит наибольший вклад в бремя общей смертности

во всех экономически развитых странах мира [52]. Особенно оно велико в странах Восточной Европы, где вклад этого вида в общую смертность превышает 50% [39]. Накопленные данные указывают на вовлеченность алкоголя в высокий уровень смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в странах Восточной части Европейского региона ВОЗ [22, 23, 25, 51].

Сердечно-сосудистые заболевания характеризуются сложной взаимосвязью с потреблением алкоголя [62, 65]. С одной стороны, показано, что потребление алкоголя в количестве от небольшого до умеренного связано со снижением заболеваемости и смертности от ишемических расстройств [53, 68]. Хроническое употребление больших доз крепкого алкоголя было напрямую связано с неблагоприятными сердечно-сосудистыми нарушениями [59]. Но, в среднем, легкое или умеренное употребление алкоголя оказывает защитное действие на ишемическую болезнь сердца [68].

Вредные последствия употребления алкоголя в больших количествах при ишемических заболеваниях соответствуют физиологическим механизмам повышенной свертываемости крови и пониженного порога фибрилляции желудочков, возникающих после употребления алкоголя [57].

Злоупотребление алкоголем достаточно часто приводит к развитию таких сердечно-сосудистых заболеваний, как алкогольная кардиомиопатия, которая проявляется увеличением размеров сердца, а также симптомами сердечной недостаточности [24]. В структуре смертности алкогольная кардиомиопатия занимает 4,7% [28].

Потребление алкоголя в больших количествах как эпизодическое, так и хроническое, обладает пагубным воздействием [65, 66, 67]. В отношении большинства других причин смерти от сердечно-сосудистых заболеваний при воздействии алкоголя наблюдается четкая зависимость доза-эффект – гипертония [76], геморрагический инсульт [53], мерцательная аритмия [69]. Вследствие этого общее влияние алкоголя на причины смерти от сердечно-сосудистых заболеваний

в большинстве стран было негативным [13, 62], в то время как чистое влияние алкоголя на снижение смертности от ишемических расстройств во многих странах было благоприятным, за исключением стран с выраженными моделями эпизодического или хронического потребления алкоголя в больших количествах [39].

В группе много пьющих (более 40 г этилового спирта, что соответствует 120 г водки, в день) смертность по сравнению с контрольной группой была выше на 30%. Надо заметить, что подъем смертности в группе много пьющих, придававший общей зависимости смертности от потребления алкоголя J-образный характер, был связан, в первую очередь, не с сердечно-сосудистыми заболеваниями. При сердечно-сосудистых заболеваниях зависимость носила U-образный характер при практически одинаковой смертности среди много пьющих и малопьющих/не пьющих (смертность в десятой группе была недостоверно на 10% выше, чем в первой, контрольной, группе). При этом наблюдались два минимума – во второй и в пятой – шестой группах (уровень потребления алкоголя 16,2–21,2 г/день). Во второй группе отношение риска составило 0,65 [26].

При выделении причин видно, что потребление алкоголя имело суммарно негативное воздействие на геморрагические инсульты (став причиной 9,5% всех случаев смерти от геморрагических инсультов и 9,6% всех соответствующих потерь DALY), гипертензивную кардиопатию (став причиной 7,4% всех случаев смерти от гипертензивной кардиопатии и 7,9% всех соответствующих потерь DALY), кардиомиопатию (обусловив 6,8% всех случаев смерти от кардиопатии и 7,5% всех соответствующих потерь DALY) и ишемическую болезнь сердца (ИБС) (став причиной 2,7% всех случаев смерти от ИБС и 2,1% всех соответствующих потерь DALY) [12].

Благоприятное воздействие употребления алкоголя с точки зрения смертности в основном наблюдаются в отношении ишемической болезни сердца у мужчин (98%). Напротив, одна треть полезных эффектов

воздействия алкоголя на женщин наблюдается при других сердечно-сосудистых заболеваниях – гипертонической болезни и ишемическом инсульте [8].

Потребление алкоголя оказало суммарный защитный эффект в контексте профилактики ишемических инсультов, предотвратив 33 000 смертей от ишемического инсульта и 0,9 миллиона соответствующих потерь DALY во всем мире. Самыми крупными причинами, способствующими увеличению бремени ССЗ, обусловленных потреблением алкоголя, и соответствующих потерь DALY, стали геморрагические инсульты, определяя, соответственно, 47,5% всех смертей от ССЗ, обусловленных потреблением алкоголя, а также 56,2% потерь DALY [12].

В последнее время достаточно часто обсуждается механизм снижения смертности от ИБС при небольшом потреблении алкоголя, включая его действие на эндотелий сосудов, снижение маркеров воспаления, повышение уровня холестерина, а также действие других веществ, содержащихся в алкогольных напитках (антиоксиданты типа ресвератрола в красном вине). Иными словами, накоплено значительное количество данных, которые могли бы объяснить причину снижения смертности от ССЗ при небольшом потреблении алкогольных напитков [26, 45].

БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Болезни органов пищеварения, особенно цирроз печени, становятся все более частой причиной смертности и заболеваемости во всем мире, особенно в развитых странах [79]. Потребление алкоголя имеет причинно-следственную связь с повышением риска развития как цирроза печени, так и панкреатита [58], обусловив приблизительно 637 000 смертей от болезней органов пищеварения и 23,3 миллиона соответствующих потерь DALY в 2016 году. В рамках бремени болезней органов пищеварения, обусловленных потреблением алкоголя, цирроз печени,

обусловленный потреблением алкоголя, стал причиной 607 000 смертей и 22,2 миллиона соответствующих потерь DALY, а панкреатит, обусловленный потреблением алкоголя – 30 000 смертей и 1,1 миллиона соответствующих потерь DALY [12].

В территориальном разрезе, стандартизованные по возрасту показатели бремени DALY, определяемые болезнями органов пищеварения, обусловленными потреблением алкоголя, оказались самыми высокими в Африканском регионе и регионе Юго-Восточной Азии, где потреблением алкоголя было обусловлено, соответственно, 602 и 413 DALY, стандартизованных по возрасту и определяемых болезнями органов пищеварения. Как и в случае смертности от болезней органов пищеварения, вклад алкоголя в потери DALY, определяемые заболеваниями органов пищеварения, был самым высоким в Европейском регионе ВОЗ и в регионе западной части Тихого океана, где потреблением алкоголя обусловлено, соответственно, 35,6% и 28,3% всех потерь DALY, определяемых болезнями органов пищеварения [12].

Методы, используемые для оценки влияния потребления алкоголя на цирроз печени, не основывались на кодировании причин заболевания печени (вызванного гепатитом В или С или алкоголем) [79]. Это происходит из-за сложного взаимодействия гепатита и алкоголя: риск развития цирроза печени увеличивается с приемом каждого грамма алкоголя в день на фоне гепатита В или С [50]. Если печень повреждена гепатитом В или С, потребление даже относительно небольшого количества алкоголя может привести к смерти [58].

Цирроз печени является одной из наиболее значимых причин смерти как во всем мире, так и в Европе [34, 48, 50], хотя он и не фигурирует в числе НИЗ в принятом ВОЗ Глобальном плане действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013–2020 гг. По данным Crawford J.M. (2002), основными этиологическими факторами риска развития цирроза печени в странах Запада являются: алкоголь (60–70%),

вирусные гепатиты (10%), заболевания билиарной системы (5–10%), врожденный гемохроматоз (5%), криптогенные циррозы (10–15% случаев) [37].

На протяжении столетий отмечалось причинное воздействие потребления алкоголя на заболевания печени, в целом, и на цирроз печени, в частности [7]. Выраженная связь между злоупотреблением алкоголя и развитием заболеваний печени получила особое значение в середине XX века, когда ряд исследователей стал рассматривать цирроз печени как потенциальный показатель для характеристики уровня проблем, связанных с алкоголем [72, 77]. Особенно важным было установление связи между смертностью от цирроза печени и уровнем среднечеловеческого потребления алкоголя. Эта связь была строго доказана и наблюдалась в различные периоды времени и в различных регионах мира [3, 55, 56]. Было отмечено, что смертность от цирроза печени ассоциирована с употреблением крепких алкогольных напитков в большей степени, чем других.

На коэффициенты смертности от относимого на счет алкоголя цирроза печени, как и на любой другой тип относимой на счет алкоголя смертности, в основном, оказывают влияние два фактора: общий коэффициент смертности от цирроза печени в конкретной стране/субрегионе и уровень потребления алкоголя. Алкоголь играет ключевую роль в смертности от цирроза печени вне зависимости от первоначальной причины заболеваемости этой болезнью, поскольку даже относительно малые количества алкоголя могут приводить к смертности у людей с этим заболеванием независимо от его этиологии [21, 63].

Алкоголь вызывает от 75% до 80% всех случаев цирроза печени в Европе. Это может быть связано с относительно низкой распространенностью других факторов риска для этого заболевания в Европе, и, как следствие, тенденции смертности от цирроза печени тесно сочетаются с тенденциями потребления алкоголя – в целом по региону [82] и отдельно в Великобритании [47].

Разводовский Ю.Е., Прокопчик Н.И. (2010) отмечают, что в структуре, связанной со смертностью от алкоголя, алкогольный цирроз печени занимает 9,6%. Следует обратить внимание на тот факт, что доля смертности от цирроза печени в структуре общей смертности у женщин выше, чем у мужчин. Вероятной причиной этого явления может быть то, что женщины имеют более высокий риск поражения печени, чем мужчины, возможно, в связи с влиянием эстрогенов на повышение уязвимости печени [28].

Существует четкая зависимость доза-эффект, которая начинается медленно, а затем ускоряется [63]. В целом относительные риски потребления алкоголя в больших количествах являются значимыми [46], и, соответственно, смертность от развивающегося от алкоголя цирроза печени составляет немалую часть смертности в мире [48, 60], особенно в Европе [82].

Разводовский Ю.Е. (2004) провел сравнительный анализ динамики уровня смертности от язвенной болезни желудка и уровня продажи различных видов алкогольных напитков в Республике Беларусь в период с 1970 по 2001 г. Результаты исследования подтверждают гипотезу о существовании взаимосвязи между показателями смертности от язвенной болезни желудка и уровнем потребления крепких алкогольных напитков на душу населения [27]. Уровень смертности от язвенной болезни желудка, как и уровень продажи крепких алкогольных напитков, можно рассматривать как индикаторы психосоциального дистресса, которые положительно коррелируют между собой. Такой дистресс сопровождается резким ростом уровня смертности от язвенной болезни желудка, а также ростом уровня продажи крепких алкогольных напитков, что, в свою очередь, приводит к еще большему росту уровня заболеваемости и смертности от язвенной болезни желудка. В этой связи, программы, направленные на профилактику заболеваемости и смертности от различных психосоматических заболеваний, должны предусматривать снижение уровня потребления алкоголя на душу населения [27].

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ

Сахарный диабет является важной и нарастающей причиной смертности и заболеваемости во всем мире как непосредственной [38], обусловив 1,6 миллиона смертей и 65,7 миллиона DALY в 2016, так и косвенной, в результате влияния на заболеваемость и смертность от сердечно-сосудистых заболеваний и болезней почек [30]. Потребление алкоголя от низкого до умеренного снижает риск развития сахарного диабета за счет повышения чувствительности к инсулину [44, 71]. Однако было замечено, что хроническое злоупотребление алкоголем нарушает гомеостаз глюкозы и приводит к развитию инсулинорезистентности, что повышает риск развития сахарного диабета [44, 80]. Во всем мире совокупное защитное действие алкоголя определяется предотвращением 25 000 случаев смерти от диабета и 1,1 миллиона соответствующих потерь DALY. Следовательно, без потребления алкоголя в 2016 году произошло бы увеличение числа смертей от диабета и DALY, определяемых диабетом, на 1,5% и 1,7% соответственно [12].

В территориальном разрезе влияние алкоголя на смертность и заболеваемость сахарным диабетом было различным. В регионе Восточного Средиземноморья алкоголь оказывал, в совокупности, негативное стандартизированное по возрасту воздействие на диабет, став причиной 0,1 случая смерти и 4,0 DALY на 100 000 населения. Это пагубное влияние потребления алкоголя на сахарный диабет в регионе Восточного Средиземноморья, вероятно, вызвано чрезмерным потреблением алкоголя среди пьющих в этом регионе (несмотря на общую низкую распространенность потребления алкоголя). Во всех остальных регионах ВОЗ наблюдался совокупный стандартизированный по возрасту защитный эффект алкоголя в отношении профилактики сахарного диабета и варьировался от 0,2 предотвращенных смертей и 8,2 DALY на 100 000 населения в регионе Юго-Восточной Азии до 0,5 предотвращенных смертей и 25,1 DALY на 100 000 населения в Американском регионе ВОЗ [12].

**ЭПИЛЕПСИЯ И ДРУГИЕ
ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ
РАССТРОЙСТВА**

Из 137 000 случаев смерти от эпилепсии и 14,7 миллиона соответствующих потерь DALY, около 17 000 случаев смерти и 1,5 миллиона DALY были обусловлены потреблением алкоголя, что составляет 12,7% от всех смертей от эпилепсии и 10,2% от всех DALY, определяемых эпилепсией. Стандартизированные по возрасту показатели бремени эпилепсии, обусловленной потреблением алкоголя, были самыми высокими в Африканском регионе ВОЗ (0,7 смертей и 49 DALY на 100 000 населения), а также в Европейском регионе ВОЗ (0,3 смерти и 23 DALY на 100 000 населения). Относительное значение алкоголя как фактора риска развития эпилепсии также варьировалось в зависимости от территориального положения; самые высокие значения наблюдались в Европейском регионе ВОЗ (19,5% всех случаев смерти от эпилепсии и 17,0% всех DALY, определяемых эпилепсией) и в Американском регионе ВОЗ (17,2% всех случаев смерти от эпилепсии и 14,0% всех DALY, определяемых эпилепсией) [12].

Предыдущие эпидемиологические исследования показали устойчивую связь между чрезмерным потреблением алкоголя и возникновением серьезных депрессивных расстройств [58]. Связь между потреблением алкоголя и возникновением основных депрессивных расстройств также частично обусловлена тем, что люди с депрессивными расстройствами более склонны потреблять алкоголь в больших объемах и в более пагубных формах – так называемая теория «самолечения» [36] – и генетической восприимчивостью, влияющей как на риск развития депрессии, так и на потребление алкоголя. Два обзора показали, что употребление алкоголя приводит к серьезным депрессивным расстройствам [35, 40].

По данным Бабушкиной Е.И. и Черновой Т.В. (2015), среди больных, наблюдающихся у врачей психиатров-наркологов Свердловской области, преобладают пациенты

с синдромом алкогольной зависимости. В 2014 г. их составило 73% от общего числа больных, страдающих наркологической патологией [20].

Отдельного внимания заслуживает показатель заболеваемости алкогольными психозами, которые формируются на второй-третьей стадии алкоголизма (как правило, спустя 2–5 лет страдания алкоголизмом). Главным и обязательным фактором их возникновения является многодневное злоупотребление алкоголем на протяжении ряда лет. Частота их возникновения отражает уровень алкоголизации населения (так называемую алкогольную ситуацию в стране). Почти каждый пятый госпитализированный больной алкогольной зависимостью – это больной алкогольным психозом [29].

В России в 2017 году лидировали по заболеваемости алкоголизмом и алкогольными психозами в основном самые малонаселенные регионы (от 0,07 до 0,3 чел на кв.км): Чукотский АО (252,9 на 100 тыс. населения), Магаданская область (167,6), Республика Саха (139,0), Хабаровский край (128,3), Ненецкий АО (120,6), Сахалинская область (113,5) [29].

По данным Бабушкиной Е.И. и Черновой Т.В. (2015), в Свердловской области наблюдается увеличение удельного веса больных с алкогольными психозами среди пациентов с алкоголизмом, обратившихся за наркологической помощью впервые в жизни. Так если в 1991 г. этот показатель составлял 22%, то в 2014 г. – 38%, т.е. более третьей части больных алкоголизмом впервые в жизни обращаются за наркологической помощью с таким серьезным осложнением алкоголизма как алкогольный психоз. В связи с этим в области наблюдается высокая заболеваемость алкогольными психозами. Так, за период 1991–2013 гг. первичная и общая заболеваемость алкогольными психозами в области выросла соответственно в 1,7 и 2,3 раза, превышая среднероссийские показатели. Например, в 2013 г. уровень первичной заболеваемости алкогольными психозами в области превысил среднероссийский показатель на 9%. При этом необходимо отметить,

что показатель заболеваемости алкогольными психозами является маркером неблагополучия алкогольной ситуации [20].

В исследовании Шматовой Ю.Е. (2019) отмечены позитивные тренды снижения заболеваемости алкоголизмом и алкогольными психозами, смертности от случайных алкогольных отравлений, сокращения объемов продаж спиртных напитков. Выделены регионы – лидеры по алкоголизму. Вологодская область демонстрирует значительное превышение уровня распространения алкогольных психозов, что говорит о слаборазвитой системе лечения и реабилитации лиц, страдающих алкоголизмом [29].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ представленных документов и публикаций выявил большой объем доказательных данных о том, что вредное употребление алкоголя является причинным фактором развития неинфекционных заболеваний, в частности, цирроза печени, некоторых видов рака, и сердечно-сосудистых болезней. Вредное употребление алкоголя часто является фактором увеличения смертности и инвалидности на более ранних стадиях жизни. Имеются обоснованные данные о развитии связи между вредным употреблением алкоголя и целым рядом психических и поведенческих расстройств.

При этом, в материалах Европейского регионального бюро ВОЗ отмечается, что с 2003 по 2018 гг. Россия сократила свои уровни потребления алкоголя, что способствует общему снижению показателей в Европейском регионе ВОЗ [9]. Почти все государства-члены Содружества независимых государств (СНГ) также значительно сократили уровни потребления алкоголя, и многие из них реализовали для этого важные ограничительные меры. Многие из этих стратегий никогда и нигде еще не были реализованы в столь короткие сроки с такой интенсивностью или непрерывностью, а некоторые из введенных мер были беспрецедентными по своей концепции

и вклада в достигнутые результаты. Эти меры включали: 1) повышение акцизов на алкогольную продукцию; 2) ограничение рекламы

алкогольной продукции; 3) ограничение физической доступности алкогольной продукции в учреждениях розничной торговли [6].

ЛИТЕРАТУРА

1. Глобальная стратегия сокращения вредного употребления алкоголя. – Всемирная организация здравоохранения. Женева, 2010 г. – URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44395/9789241599931_rus.pdf
2. Глобальный план действий по профилактике инфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013–2020 гг. – Всемирная организация здравоохранения. Женева, 2014 г. – URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789244506233_rus.pdf
3. Алкоголь в Европейском регионе ВОЗ – потребление, вред и политика. – Европейское региональное бюро ВОЗ. Копенгаген, 2001 г. – URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/108556/E76240r.pdf>
4. Алкоголь и онкологические заболевания в Европейском регионе ВОЗ: Призыв к более активной профилактике. – Европейское региональное бюро ВОЗ. Копенгаген, 2020 г. – URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336625/WHO-EURO-2020-1435-41185-56124-rus.pdf>
5. Политика в действии: Инструмент, позволяющий оценить реализацию политики в отношении алкоголя. – Европейское региональное бюро ВОЗ. Копенгаген, 2017 г. – URL: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/381786/policy-in-action-rus.pdf
6. Реализация алкогольной политики в странах Содружества Независимых Государств: рабочее совещание «стран-первопроходцев». – Европейское региональное бюро ВОЗ. Копенгаген, 2020 г. – URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/335948/WHO-EURO-2020-1202-40948-55498-rus.pdf>
7. Успехи и упущенные возможности в сфере охраны общественного здоровья. Тенденции в потреблении алкоголя и связываемой с ним смертности в Европейском регионе ВОЗ, 1990–2014 гг. / Kevin D. Shield, Margaret Rylett, Jürgen Rehm. – Европейское региональное бюро ВОЗ. Копенгаген, 2016 г. – URL: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/334257/Public-health-successes-and-missed-opportunities-alcohol-mortality-1990-2014-ru.pdf
8. Alcohol in the European Union. Consumption, harm and policy approaches. / Ed. by Anderson P., Møller L., Galea G. – WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, 2012. – URL: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/160680/e96457.pdf
9. Alcohol policy impact case study: the effects of alcohol control measures on mortality and life expectancy in the Russian Federation. – WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, 2019. – URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328167/9789289054379-eng.pdf>
10. Bray F, Soerjomataram I. The changing global burden of cancer: transitions in human development and implications for cancer prevention and control. In: Gelband H., Jha P., Sankaranarayanan R., Horton S., editors. Cancer: disease control priorities. Third edition: volume 3. Washington (DC): The World Bank, 2015. – URL: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/386577/fs-alcohol-eng.pdf
11. Fact sheet on alcohol consumption, alcohol-attributable harm and alcohol policy responses in European Union Member States, Norway and Switzerland. – Европейское региональное бюро ВОЗ. Копенгаген, 2019 г.: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/386577/fs-alcohol-eng.pdf
12. Global Status Report on Alcohol and Health, 2018. – World Health Organization. Geneva, 2018. – URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf>
13. Global status report on alcohol and health, 2014. – World Health Organization. Geneva, 2014. – URL: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en
14. IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. Volume 44. Alcohol drinking. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 1988. – URL: <http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol44/mono44.pdf>
15. IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. Volume 96 – Alcohol consumption and ethyl carbamate. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 2007. // IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. Volume 100E – Personal habits and indoor combustions. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 2009.
16. IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. Volume 96. Alcohol consumption and ethyl carbamate. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 2010. – URL: <http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol96/mono96.pdf>
17. IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. Volume 100E. Personal habits and indoor combustions. A review of human carcinogens. Lyon: International Agency for Research on Cancer,

2012. – URL: [http:// monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol100E/mono100E.pdf](http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol100E/mono100E.pdf)
18. Sustainable development goals: 17 goals to transform our world. – United Nations., New York. 2016. – URL: <https://www.un.org/sustainabledevelopment>
 19. Бабушкина Е. И., Чернова Т. В. Современные формы первичной профилактики алкоголизма в Свердловской области // Уральский медицинский журнал. – 2015. – № 8. – С. 11–15.
 20. Белякин С. А., Бобров А. Н. Смертность от цирроза печени как индикатор уровня потребления алкоголя в популяции // Вестник Российской военно-медицинской академии – 2009. – № 3. – С. 189–194.
 21. Иванова А. Е., Семенова В. Г., Гаврилова Н. С., Евдокушкина Г. П., Гаврилов Л. А. Российская смертность в 1965–2002 гг.: основные проблемы и резервы снижения. // Общественное здоровье и профилактика заболеваний. – 2004. – № 1. – С. 20–30.
 22. Котельникова З. В. Взаимосвязь практик потребления алкоголя с социальной структурой современной России. // Социологические исследования. – 2015. – № 4. – С. 105–112.
 23. Лисицын Ю. М., Сидоров П. И. Алкоголизм (медико-социальные аспекты). – М., Медицина, 1990 г.
 24. Немцов А. В. Алкогольная история России: новейший период. – М.: Либроком, 2009.
 25. Плавинский С. Л., Плавинский С. И. Потребление алкоголя и смертность мужчин в длительном проспективном исследовании // Вестник Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования. – 2009. – Т. 1. – № 1. – С. 69–73.
 26. Разводовский Ю. Е. Алкоголь и смертность от язвенной болезни желудка // Вопросы наркологии. – 2004. – № 3. – С. 57–62.
 27. Разводовский Ю. Е., Прокопчик Н. И. Алкоголь как причина смертности населения // Наркология – 2010. – № 1(97). – С. 76–79.
 28. Шматова Ю. Е. Экономическая и статистическая оценка проблемы алкогольной зависимости в России (региональный аспект) // Society and security insights. – 2019 – № 3. – С. 64–79.
 29. American Diabetes Association. Blood glucose and risk of cardiovascular disease in the Asia Pacific region // Diabetes care. – 2004. – Vol. 27. – P. 2836–2842.
 30. Anderson P., Baumberg B. Alcohol in Europe. A public health perspective. – London, Institute of Alcohol Studies, 2006. – URL: http://ec.europa.eu/health-eu/doc/alcoholineu_content_en.pdf
 31. Baan R. et al. Carcinogenicity of alcoholic beverages // The Lancet Oncology. – 2007. – Vol. 8. – P. 292–293.
 32. Bagnardi V., Rota M., Botteri E., Tramacere I., Islami F., Fedirko V. et al. Alcohol consumption and site-specific cancer risk: a comprehensive dose-response metaanalysis. // Br. J. Cancer. – 2015. – Vol. 112. – No. 3. – P. 580–593.
 33. Blachier M., Leleu H., Peck-Radosavljevic M., Valla D. C., Roudot-Thoraval F. The burden of liver disease in Europe: a review of available epidemiological data. Geneva: European Association for the Study of the Liver, 2013.
 34. Boden J. M., Fergusson D. M. Alcohol and depression // Addiction. – 2011. – Vol. 106. – P. 906–14.
 35. Bolton J. M., Robinson J., Sareen J. Self-medication of mood disorders with alcohol and drugs in the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions // J. Affect. Disord. – 2009. – Vol. 115. – No. 3. – P. 367–375.
 36. Crawford J. M. Liver cirrhosis. Pathology of the liver / ed. by MacSween R. N. M. et al. – London, 2002. – P. 575–619.
 37. Danaei G., Finucane M. M., Lu Y., Singh G. M., Cowan M. J., Paciorek C. J. et al. National, regional, and global trends in fasting plasma glucose and diabetes prevalence since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 370 country-years and 2.7 million participants // Lancet. – 2011. – Vol. 378(9785). – P. 31–40.
 38. Ezzati M., Obermeyer Z., Tzoulaki I., Mayosi B. M., Elliott P., Leon D. A. Contributions of risk factors and medical care to cardiovascular mortality trends // Nat. Rev. Cardiol. – 2015. – Vol. 12. – P. 508–530.
 39. Fergusson D. M., Boden J. M., Horwood L. J. Tests of causal links between alcohol abuse or dependence and major depression // Arch. Gen. Psychiatry. – 2009. – Vol. 66. – No. 3. – P. 260–266.
 40. Hay S. I., Abajobir A. A., Abate K. H., Abbafati C., Abbas K. M., Abd-Allah F. et al. Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 333 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. // Lancet. – 2017. – Vol. 390(10100). – P. 1260–1344.
 41. Hill C. Alcohol et risque de cancer // Gerontol. Soc. – 2003. – P. 59–67.
 42. Holmes J., Meier P. S., Booth A., Guo Y., Brennan A. The temporal relationship between per capita alcohol consumption and harm: a systematic review of time lag specifications in aggregate time series analyses // Drug. Alcohol Depend. – 2012. – Vol. 123. – P. 7–14.
 43. Kim S. J., Kim D. J. Alcoholism and diabetes mellitus // Diabetes Metab J. – 2012. – Vol. 36. – No. 2. – P. 108–115.
 44. Kloner R., Rezkalla S. To Drink or not to drink. That is the question // Circulation. – 2007. – Vol. 116. – P. 1306–1317.
 45. Lachenmeier D. W., Kanteres F., Rehm J. Epidemiology-based risk assessment using the benchmark dose/margin of exposure approach: the example of ethanol and liver cirrhosis // Int. J. Epidemiol. – 2011. – Vol. 40. – P. 210–218.
 46. Leon D. A., McCambridge J. Liver cirrhosis mortality rates in Britain from 1950 to 2002: an analysis of routine data // Lancet. – 2006. – Vol. 367. – P. 52–56.

47. Lopez A.D., Williams T.N., Levin A., Tonelli M., Singh J.A., Burney P.J.G. et al. Remembering the forgotten noncommunicable diseases // *BMC Med.* – 2014. – No. 12. – P. 200.
48. Lutz W., Sanderson W., Scherbov S. The coming acceleration of global population ageing // *Nature.* – 2008. – Vol. 451(7179). – P. 716–719.
49. Mokdad A.A., Lopez A.D., Shahraz S., Lozano R., Mokdad A.H., Stanaway J. et al. Liver cirrhosis mortality in 187 countries between 1980 and 2010: a systematic analysis // *BMC Med.* – 2014. – P. 12:145.
50. Moskalewicz J.R., Razvodovsky Y.E., Wieczorek L. East-west disparities in alcohol-related harm. // *Alcoholism and Drug Addiction.* – 2016. – No. 29. – P. 209–222.
51. Nichols M., Townsend N., Scarborough P., Rayner M. Cardiovascular disease in Europe 2014: epidemiological update. // *Eur. Heart J.* – 2014. – No. 35. – P. 2950–2959.
52. Patra J., Taylor B., Irving H., Roerecke M., Baliunas D., Mohapatra S. et al. Alcohol consumption and the risk of morbidity and mortality from different stroke types – a systematic review and meta-analysis // *BMC Public Health.* – 2010. – Vol. 10. – P. 258.
53. Praud D., Rota M., Rehm J., Shield K., Zatónski W., Hashibe M. et al. Cancer incidence and mortality attributable to alcohol consumption // *Int. J. Cancer.* – 2016. – Vol. 138. – P. 1380–1387.
54. Ramstedt M. Alcohol consumption and liver cirrhosis mortality with and without mention of alcohol – the case of Canada // *Addiction.* – 2003. – Vol. 98(9). – P. 1267–1276.
55. Ramstedt M. Per capita alcohol consumption and liver cirrhosis mortality in 14 European countries // *Addiction.* – 2001. – Vol. 96. (suppl. 1). – P. 19–33.
56. Rehm J., Baliunas D., Borges G.L., Graham K., Irving H., Kehoe T. et al. (2010a). The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview // *Addiction.* – 2010. – Vol. 105. – No. 5. – P. 817–843.
57. Rehm J., Gmel G.E., Gmel G., Hasan O.S., Imtiaz S., Popova S. et al. (2017a). The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease – an update // *Addiction.* – 2017. – Vol. 112. – No. 6. – P. 968–1001.
58. Rehm J., Roerecke M. Alcohol, the heart and the cardiovascular system – what do we know and where should we go? // *Drug and Alcohol Review.* – 2011. – Vol. 30. – P. 335–337.
59. Rehm J., Samokhvalov A.V., Shield K.D. Global burden of alcoholic liver diseases // *J. Hepatol.* – 2013. – Vol. 59. – P. 160–168.
60. Rehm J., Shield K. Alcohol consumption. In: Steward B.W., Wild C.P., editors. *World cancer report.* – Lyon: International Agency for Research on Cancer. 2014. – P. 97–107.
61. Rehm J., Shield K.D., Roerecke M., Gmel G. Modeling the impact of alcohol consumption on cardiovascular disease mortality for comparative risk assessments: an overview // *BMC Public Health.* – 2016. – Vol. 16. – P. 363.
62. Rehm J., Taylor B., Mohapatra S., Irving H., Baliunas D., Patra J. et al. Alcohol as a risk factor for liver cirrhosis: a systematic review and meta-analysis // *Drug Alcohol Rev.* – 2010. – Vol. 29. – P. 437–445.
63. Roerecke M., Rehm J. (2014a) Alcohol consumption, drinking patterns, and ischemic heart disease: a narrative review of meta-analyses and a systematic review and meta-analysis of the impact of heavy drinking occasions on risk for moderate drinkers // *BMC Med.* – 2014. – Vol. 12. – P. 182.
64. Roerecke M., Rehm J. (2012a) Alcohol intake revisited: risks and benefits // *Curr. Atheroscler. Rep.* – 2012. – Vol. 14. – P. 556–562.
65. Roerecke M., Rehm J. (2014 b) Chronic heavy drinking and ischaemic heart disease: a systematic review and meta-analysis // *Open Heart.* – 2014. – No. 1. – e000135.
66. Roerecke M., Rehm J. Irregular heavy drinking occasions and risk of ischemic heart disease: a systematic review and meta-analysis // *Am. J. Epidemiol.* – 2010. – Vol. 171. – P. 633–644.
67. Roerecke M., Rehm J. (2012b) The cardioprotective association of average alcohol consumption and ischaemic heart disease: a systematic review and meta-analysis // *Addiction.* – 2012. – Vol. 107. – P. 1246–1260.
68. Samokhvalov A.V., Irving H.M., Rehm J. Alcohol as a risk factor for atrial fibrillation: a systematic review and meta-analysis // *Eur. J. Cardiovasc. Prev. Rehabil.* – 2010. – Vol. 17. – P. 706–712.
69. Schütze M., Boeing H., Pischon T., Rehm J., Kehoe T., Gmel G., et al. Alcohol attributable burden of incidence of cancer in eight European countries based on results from prospective cohort study // *BMJ.* – 2011. – Vol. 342. – d1584.
70. Schrieke I.C., Heil A.L., Hendriks H.F., Mukamal K.J., Beulens J.W. The effect of alcohol consumption on insulin sensitivity and glycemic status: a systematic review and meta-analysis of intervention studies // *Diabetes Care.* – 2015. – Vol. 38. No. 4. – P. 723–732.
71. Seeley J.R. Death by liver cirrhosis and the price of beverage alcohol // *Canadian Medical Association Journal.* – 1960. – Vol. 83. – P. 1361–1366.
72. Shield K.D., Marant Micallef C., Hill C., Touvier M., Arwidson P., Bonaldi C. et al. New cancer cases in France in 2015 attributable to different levels of alcohol consumption // *Addiction.* – 2018. – Vol. 113. – No. 2. – P. 247–256.
73. Shield K.D., Parry C., Rehm J. Chronic diseases and conditions related to alcohol use // *Alcohol Res.* – 2013. – Vol. 35. – P. 155–171.
74. Shield K.D., Soerjomataram I., Rehm J. Alcohol use and breast cancer: a critical review // *Alcohol Clin. Exp. Res.* – 2016. – Vol. 40. – P. 1166–1181.
75. Taylor B., Irving H.M., Baliunas D., Roerecke M., Patra J., Mohapatra S. et al. Alcohol and hypertension: gender

- differences in dose-response relationships determined through systematic review and meta-analysis // *Addiction*. – 2009. – Vol.104. – P. 1981–1990.
76. *Terris M.* Epidemiology of cirrhosis of the liver: National and mortality data // *American Journal of Public Health*. – 1967. – Vol. 57. – P. 2076–2088.
77. *Torre L.A., Bray F., Siegel R.L., Ferlay J., Lortet-Tieulent J., Jemal A.* Global cancer statistics, 2012. // *CA Cancer J. Clin.* – 2015. – Vol. 65. – No. 2. – P. 87–108.
78. *Tsochatzis E.A., Bosch J., Burroughs A.K.* Liver cirrhosis // *Lancet*. – 2014. – Vol. 383(9930). – P. 1749–1761.
79. *Wan Q., Liu Y., Guan Q., Gao L., Lee K.O., Zhao J.* Ethanol feeding impairs insulin-stimulated glucose uptake in isolated rat skeletal muscle: role of Gs alpha and cAMP // *Alcohol Clin. Exp. Res.* – 2005. – Vol.29. – No. 8. – P. 1450–1456.
80. *Whiteford H.A., Degenhardt L., Rehm J., Baxter A.J., Ferrari A.J., Erskine H.E. et al.* Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010 // *Lancet*. – 2013. – Vol. 382(9904). – P. 1575–1586.
81. *Zatonski W., Sulkowska U., Manczuk M., Rehm J., Lowenfels A.B., La Vecchia C.* Liver cirrhosis mortality in Europe, with special attention to central and eastern Europe // *Eur. Addict. Res.* – 2010. – Vol. 16. – P. 193–201.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / ABOUT THE AUTHORS

Кайгородова Татьяна Вадимовна – канд. мед. наук., заместитель начальника управления международной деятельности по международной научно-медицинской информации ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, г. Москва, Россия.

Tatyana V. Kaygorodova – Ph.D. (Medicine), Deputy Head of the Department of International Activities for International Scientific and Medical Information, Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia.

E-mail: kaidoc@mednet.ru

Крюкова Ирина Анатольевна – ведущий переводчик управления международной деятельности ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, Москва, Россия.

Irina A. Kryukova – leading translator of the Department of International Activities, Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia.

E-mail: topolina@mail.ru

НОРМАТИВНЫЙ ДОКУМЕНТ

УТВЕРЖДЕН ПОРЯДОК НАПРАВЛЕНИЯ ГРАЖДАН НА ПРОХОЖДЕНИЕ УГЛУБЛЕННОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ

Приказом Минздрава РФ № 698н от 01.07.2021 утвержден Порядок направления граждан на прохождение углубленной диспансеризации, включая категории граждан, проходящих углубленную диспансеризацию в первоочередном порядке. Приказ № 698н от 01.07.2021 опубликован на портале publication.pravo.gov.ru

Источник: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202107070024>