

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

DOI: <https://doi.org/10.31089/1026-9428-2021-61-10-674-685>

УДК 613.6.027

© Коллектив авторов, 2021

Бухтияров И.В.^{1,2}, Кузьмина Л.П.^{1,2}, Безрукавникова Л.М.¹, Анварул Р.А.¹**Алкоголь-ассоциированные проблемы и антиалкогольная профилактика в медицине труда (аналитический обзор)**¹ФГБНУ «Научно-исследовательский институт медицины труда имени академика Н.Ф. Измерова», пр-т Будённого, 31, Москва, Россия, 105275;²ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), ул. Трубецкая, 8/2, Москва, Россия, 119991

Одним из значимых факторов образа жизни, влияющим на здоровье населения России и определяющим уровень и динамику заболеваемости и смертности от хронических неинфекционных заболеваний является злоупотребление алкоголем. Алкогольная зависимость является одним из самых сложных и опасных для человечества заболеваний в связи с огромными медико-социальными, морально-этическими, экономическими и духовными потерями. Ущерб от алкоголя связан с медицинскими расходами, снижением производительности труда, преждевременным уходом из жизни. В Концепции реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкоголем и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации на период до 2020 г. было указано, что «злоупотребление алкогольной продукцией вызывает особенно высокий уровень смертности среди мужчин 40–60 лет, которые в этом возрасте обладают наиболее ценными профессиональными навыками; их преждевременный уход из жизни наносит ущерб трудовым ресурсам, обладающим профессиональным опытом, снижает объём инвестиций в человеческий капитал». Проведение антиалкогольной программы в рамках медицины труда представляется эффективным методом решения проблем как самого пьющего работника, так и общества в целом. Управление алкогольными рисками российских предприятий — это весьма перспективное и востребованное жизнью направление научно-практической деятельности, представляющее большой интерес для медиков, управленцев, экономистов и представителей многих других областей и профессий.

Ключевые слова: алкоголь; медицина труда; профилактика; корпоративные программыДля цитирования: Бухтияров И.В., Кузьмина Л.П., Безрукавникова Л.М., Анварул Р.А. Алкоголь-ассоциированные проблемы и антиалкогольная профилактика в медицине труда (аналитический обзор). *Мед. труда и пром. экол.* 2021; 61(10): 674–685. <https://doi.org/10.31089/1026-9428-2021-61-10-674-685>**Для корреспонденции:** Безрукавникова Людмила Михайловна, вед. науч. сотр. лаб. Медико-биологических исследований ФГБНУ «Научно-исследовательский институт медицины труда имени академика Н.Ф. Измерова». E-mail: bezrukavnikovalm@mail.ru**Вклад авторов:**

Бухтияров И.В. — идея;
 Кузьмина Л.П. — дизайн аналитического обзора;
 Безрукавникова Л.М. — сбор, обработка материала и написание статьи;
 Анварул Р.А. — сбор материала.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Дата поступления: 19.10.2021 / Дата принятия к печати: 21.10.2021 / Дата публикации: 18.11.2021

Igor V. Bukhtiyarov^{1,2}, Lyudmila P. Kuzmina^{1,2}, Lyudmila M. Bezrukavnikova¹, Richard A. Anvarul¹**Alcohol-associated problems and alcohol prevention in occupational medicine (analytical review)**¹Izmerov Research Institute of Occupational Health, 31, Budyonnogo ave., Moscow, Russia, 105275;²I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Healthcare of Russia (Sechenov University), 8/2, Trubetskaya str., Moscow, Russia, 119991

Alcohol abuse is one of the main lifestyle factors affecting the health of the Russian population and determining the level and dynamics of morbidity and mortality from chronic non-communicable diseases. Alcohol addiction is one of the most difficult and dangerous diseases for humanity due to the enormous medical, social, moral, ethical, economic and spiritual losses. Alcohol damage is associated with medical expenses, reduced labor productivity, premature death. In the Concept of the implementation of the state policy to reduce alcohol abuse and prevent alcoholism among the population of the Russian Federation for the period up to 2020, it was stated that "alcohol abuse causes a particularly high mortality rate among men 40-60 years old, who at this age have the most valuable professional skills; their premature death damages the workforce with professional experience, reduces the amount of investment in human capital". Conducting an anti-alcohol program within the framework of occupational medicine seems to be an effective method of solving the problems of both the drinker himself and society as a whole. Alcohol risk management of Russian enterprises is a very promising and in-demand area of scientific and practical activity, which is of great interest to physicians, managers, economists and representatives of many other fields and professions.

Keywords: alcohol; occupational medicine; prevention; corporate programsFor citation: Bukhtiyarov I.V., Kuzmina L.P., Bezrukavnikova L.M., Anvarul R.A. Alcohol-associated problems and alcohol prevention in occupational medicine (analytical review). *Med. truda i prom. ekol.* 2021; 61(10): 674–685. <https://doi.org/10.31089/1026-9428-2021-61-10-674-685>

For correspondence: Lyudmila Mikhailovna Bezrukavnikova, Leading Researcher of the Laboratory of Biomedical Research Izmerov Research Institute of Occupational Health. E-mail: bezrukavnikovalm@mail.ru

Information about the authors: Bukhtiyarov I.V. <https://orcid.org/0000-0002-8317-2718>
Kuzmina L.P. <https://orcid.org/0000-0003-3186-8024>
Bezrukavnikova L.M. <https://orcid.org/0000-0002-0430-4154>
Anvarul R.A. <https://orcid.org/0000-0002-2628-2531>

Contribution:

Bukhtiyarov I.V. — idea;
Kuzmina L.P. — analytical review design;
Bezrukavnikova L.M. — collection, processing of material and writing an article;
Anvarul R.A. — collection of material.

Funding. The study had no funding.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Received: 19.10.2021 / Accepted: 21.10.2021 / Published: 18.11.2021

К значимым факторам образа жизни, влияющим на здоровье населения России и определяющим уровень и динамику заболеваемости и смертности от хронических неинфекционных заболеваний (ХНЗ), следует отнести злоупотребление алкоголем, курение, нерациональное питание и низкую физическую активность, а также в последнее время психоэмоциональный и психосоциальный стресс.

Каждый год количество людей с пагубным пристрастием к спиртным напиткам по всему миру значимо возрастает. Употребление спиртных напитков становится проблемой многих государств. Алкогольная зависимость является одним из самых сложных и опасных для человечества заболеваний в связи с огромными медико-социальными, морально-этическими, экономическими и духовными потерями. Ущерб от алкоголя связан с медицинскими расходами, снижением производительности труда, преждевременным уходом из жизни.

Для Российской Федерации эта проблема имеет особое значение. В связи с масштабом социально-демографических и экономических последствий, алкоголизм назван Президентом РФ одной из угроз национальной безопасности в сфере здравоохранения и здоровья нации [1]. РФ по уровню общего потребления алкоголя к началу 2010-х гг. занимала четвертое место в мире, в два с половиной раза превышая среднемировой уровень и уступая лишь нескольким странам из бывшего СССР [2]. В России, по оценкам ВОЗ, доля имевших эпизоды употребления алкоголя в больших количествах заметно превышает средние значения по Европейскому региону, составляя 35,2% населения 15 лет и старше и 60,6% пьющих людей. Кроме того, в потреблении россиян высок удельный вес крепких алкогольных напитков, доля которых почти в три раза превышает уровень «идеальной» структуры потребления с минимальными негативными последствиями, а также до сих пор велика доля нерегистрируемого алкоголя, который применительно к России, даже по официальным данным, достигает 24% общего потребления [2], а по некоторым экспертным оценкам, доходит до 40%.

В «План мероприятий по реализации в 2016–2020 гг. Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года, утверждённой Указом Президента Российской Федерации от 09.10.2007 г. № 1351 «Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года» (утверждён Распоряжением Правительства Российской Федерации от 14.04.2016 г. № 669-р), включены мероприятия по реализации государственной политики, направленной на снижение потребления алкогольной продукции и раз-

работку Концепции осуществления государственной политики противодействия потреблению табака.

В России потребление алкоголя снижается быстрее, чем в среднем по Европейскому региону [3, 4]. Среднедушевой объём потребления сократился с 15,8 литра чистого спирта на человека 15 лет и старше в 2010 г. до 11,7 в 2016 г., или на 25,9%, а в целом по Европейскому региону ВОЗ только на 12,5% (с 11,2 до 9,8 литра). Особенности потребления алкоголя в России являются: употребление больших разовых доз этанола до достижения сильного опьянения; запой — период, длящийся обычно 2–3 дня, когда человек выпадает из нормальной социальной жизни; употребление очень крепкого алкоголя с содержанием этилового спирта до 90% в форме непитьевого или суррогатного алкоголя (7% мужчин трудоспособного возраста). Общий объём потребляемого алкоголя неравномерно распределяется во времени: периоды полной абстиненции от употребления алкоголя сменяются периодами употребления алкоголя в больших количествах [5, 6].

По итогам 2020 г. потребление алкоголя населением немного снизилось, но страна все же вошла в пятёрку самых пьющих в мире. Среднестатистический россиянин в год выпивает 13,9 л спиртного. Женщины употребляют наполовину меньше — 6,8 л. Российские же мужчины выпивают 19,1 л чистого спирта в год, и это при весьма условной «норме» до 8 л в год и при трех-четырёх днях полной трезвости в неделю.

В результате вредного употребления алкоголя ежегодно в мире умирают около 3 млн человек, что составляет 5,3% всех случаев смерти. По оценкам в показателях DALY (Disability-Adjusted Life Year — годы жизни, утраченные в результате инвалидности), потреблением алкоголя обусловлено 5,1% от общего глобального бремени болезней и травм [4]. Среди людей в возрасте 20–39 лет примерно 13,5% всех случаев смерти связаны с алкоголем [7]. Научные исследования, проведённые в Российской Федерации, показывают, что для нашей страны вклад алкоголя в смертность трудоспособного населения, особенно мужчин, может быть значительно выше. По данным Минздрава России, в 2018 г. заболеваемость населения алкоголизмом и алкогольными психозами в Российской Федерации составила 1 376 344 человека. Согласно мнению ряда экспертов, вклад алкоголя в общую смертность в России составляет 11,9% [8, 9].

ВОЗ оценивает алкогольную смертность в России как одну из самых высоких в мире [10]. В *Global status report on alcohol and health 2018 г.* [3] отмечается, что в 2016 г. почти 22% смертей в России были связаны с употреблением алкоголя. Больше только в Молдавии, Литве и Белоруссии — 24–26%. В докладе приведена и оценка доли

взрослого населения, чьё состояние определяется как «пагубное употребление алкоголя» в соответствии с международной классификацией болезней. В России эта доля одна из самых высоких — 11,6%. Немного выше только у Венгрии — 11,7%. Мониторинг популяционной смертности показывает, что потребление крепких алкогольных напитков (зарегистрированных и незарегистрированных) тесно коррелирует с уровнем смертности и ожидаемой продолжительности жизни при рождении в Российской Федерации, в особенности, среди и мужчин трудоспособного возраста [11–13].

В структуре различных причин смертности больных алкоголизмом основное место занимают смертельные исходы от соматических заболеваний — 58% [14–16]. Потребление алкоголя является причиной сердечно-сосудистых, отдельных форм онкологических заболеваний и заболеваний органов пищеварения [17].

В глобальном масштабе в 2016 г. 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* [3]. Среди соматической патологии, ставшей причиной смерти больных алкоголизмом, заболевания сердечно-сосудистой системы (острый инфаркт миокарда, острая сердечно-сосудистая недостаточность) занимают 2-е место — 16% [18]. Клинически значимое алкогольное поражение сердца обычно обнаруживается у лиц в возрасте 40–45 лет, злоупотребляющих алкоголем не менее 5 лет [19]. Даже умеренное и тем более избыточное потребление алкоголя повышает риск смерти от ишемической болезни сердца (ИБС). В работе [20] проведён метаанализ 8 исследований, в которых в общей сложности принял участие 16 351 больной с ИБС. Было выявлено увеличение риска смерти от ИБС при употреблении более 26 г алкоголя в сутки. Употребление алкоголя в больших дозах, преимущественное потребление крепких спиртных напитков и паттерн употребления алкоголя по типу «большие дозы за короткое время» повышают риск ИБС, в том числе приводящей к смерти [21].

Влияние употребления алкоголя на уровень артериального давления (АД) и распространённость артериальной гипертензии (АГ) подробно проанализировано в работе [22]. В патогенезе алкогольной гипертензии ведущую роль играют нарушение регуляции сосудистого тонуса, обусловленное токсическим влиянием этанола на различные отделы нервной системы, адренергическое действие алкоголя и вызываемые им симпатикотонические реакции [23]. Приём даже умеренного количества алкоголя сопровождается повышением АД. Уменьшение потребления алкоголя с пяти доз до одной стандартной дозы в сутки уже через 18 недель приводит к значительному и стабильному снижению АД [24].

Сосудистые заболевания мозга, прежде всего инсульты, занимают второе место в структуре смертности от болезней системы кровообращения (39%) и в общей смертности населения (23,4%) [25]. Многочисленные исследования показывают, что злоупотребление алкоголем является одним из основных факторов риска развития инсульта всех типов [26,27]. Метаанализ 35 наблюдательных исследований [28] показал, что употребление 60 г алкоголя в день повышало риск развития инсульта на 64% (Ор 1,64;

95% ДИ 1,39–1,93), риск развития ишемического инсульта — на 69% (Ор 1,69; 95% ДИ 1,34–2,15), а риск развития геморрагического инсульта — более чем в два раза (Ор 2,18; 95% ДИ 1,48–3,20).

Наиболее известными при злоупотреблении алкоголем являются поражения печени. Практически весь алкоголь, поступивший в организм, перерабатывается печенью, в которой этанол превращается сначала в токсичный ацетальдегид, а затем — в более безопасную уксусную кислоту. При алкогольном гепатите развивается некроз клеток печени. Тяжёлые формы сопровождаются желтухой, лихорадкой, асцитом, кровоточивостью и энцефалопатией. При некоторых формах этого заболевания смертность может достигать 35% [29].

Ежедневное потребление алкоголя в течение 10–12 лет в дозах, превышающих 40–80 г/сут. для мужчин и 20–40 г/сут. для женщин, может служить причиной алкогольного гепатита/цирроза [30]. Смертность от этой формы болезни печени выше, чем от многих форм рака, таких как рак молочной железы, толстой кишки и простаты. По данным некоторых исследований, летальность от алкогольного цирроза превышает летальность при безалкогольном циррозе [31]. Алкоголь вызывает от 75% до 80% всех случаев цирроза печени в Европе [32]. В настоящее время установлено пороговое ежедневное количество и продолжительность потребления алкоголя, приводящее к развитию алкогольной болезни печени. В последнее время алкогольная болезнь печени стала одной из основных причин смерти в возрастной группе от 45 до 64 лет [33].

Маркером злоупотребления алкоголем является панкреатит, алкогольная доля в заболеваемости которым составляет 75%.

Больные алкоголизмом оказываются более восприимчивы к инфекционным заболеваниям дыхательных путей. Из-за сниженного кашлевого рефлекса они склонны к аспирации посторонних предметов и рвотных масс, что сопряжено с опасностью аспирационной пневмонии. У них отмечается склонность к образованию бронхоэктазов. Число больных алкоголизмом среди больных туберкулёзом лёгких особенно велико, среди мужчин оно колеблется от 10 до 80%. Туберкулёз у больных алкоголизмом связан как со снижением сопротивляемости организма, так и с факторами психосоциального характера [34].

Неврологическая симптоматика — важная составляющая в клинической картине алкогольной зависимости. Эпилептический синдром как следствие токсического воздействия алкоголя, приводящего к развитию отёка головного мозга, является одним из ведущих нарушений нервной системы при хронической алкогольной интоксикации (ХАИ). Полиневропатия нижних конечностей обнаруживается у 60–67% больных, а изменения периферических нервов выявляются практически у 100% больных, страдающих ХАИ. [35].

В работе [36] у больных алкогольной зависимостью (255 человек) в 67,8% случаев регистрировались расстройства личности: по эмоционально-неустойчивому (42,8%), истерическому (26,5%) и астеническому (30,7%) типам. Среди неврологических последствий злоупотребления алкоголем нередко поражения органов зрения, приводящих к необратимым изменениям в зрительном нерве, слабозрению и слепоте. Хроническая интоксикация алкоголем приводит к нарушению зрительных функций: появлению центральных скотом (34,7%), увеличению размеров слепого пятна (27,1%), сужению полей зрения

(10,9%) и снижению центрального зрения. Наблюдается отёк сетчатки (23,4%), уменьшение количества нейроцитов и глиальных клеток, дегенеративными изменениями нервных волокон [37].

Международное агентство по исследованиям в области рака (IARC) определяет употребление алкоголя как канцерогенный фактор [38, 39]. Алкоголь является агентом, обладающим канцерогенным эффектом. Выраженная связь обнаружена между употреблением алкоголя и раком верхнего пищеварительного тракта (полость рта, пищевода, глотки и гортани). Такая взаимосвязь также установлена для рака печени, молочной железы, желудка, поджелудочной железы, толстого кишечника [40].

М. Roerecke, J. Rehm сравнили влияние алкоголя на смертность у лиц с наличием и без соматических и психических заболеваний, связанных с употреблением алкоголя [41]. В метаанализе были обобщены результаты 81 обсервационного исследования (всего 853 722 человека). В исследованиях, основанных на выборочных популяциях, относительный риск смерти у мужчин, имеющих алкоголь-ассоциированные проблемы со здоровьем, по сравнению с теми, кто не имел таких расстройств, составил 3,38 (95% ДИ: 2,98–3,84); среди женщин — 4,57 (95% ДИ: 3,86–5,42). Риск смерти среди мужчин, имеющих расстройства, вызванные употреблением алкоголя, по сравнению с мужчинами, которые совсем не употребляли алкоголь, был выше в 2 раза. Авторы не выявили исследований, которые позволили бы сделать вывод о рисках алкоголь-ассоциированной смерти среди женщин. Относительный риск смерти был заметно выше для лиц в возрасте ≤40 лет (в 9 раз у мужчин, в 13 раз у женщин); в то же время для лиц в возрасте 60 лет и старше риск был выше в два раза. Еще один метаанализ выполнен теми же авторами в 2014 г. [42]. В результате анализа 17 обсервационных исследований (всего 28 087 пациентов с алкоголь-ассоциированными проблемами со здоровьем) авторами установлено, что среди мужчин при наличии алкоголь-ассоциированных проблем со здоровьем через 10 лет наблюдения стандартизованные по возрасту риски смертности были значительно выше, чем среднепопуляционные, и составили от цирроза печени — 14,8 (95% ДИ: 8,7–24,9), от психических расстройств 18,0 (95% ДИ: 11,2–30,3), от внешних причин 6,6 (95% ДИ: 5,0–8,8), от рака 1,73 (95% ДИ: 1,35–2,20) и от сердечно-сосудистых заболеваний около 2,11 (95% ДИ: 1,53–2,27). Самой распространённой причиной смерти у мужчин с алкоголь-ассоциированными проблемами со здоровьем были ССЗ (средневзвешенная для всех исследований, включённых в метаанализ 27%, диапазон 15–43), травмы (26%, диапазон 7–73), рак (16%, диапазон 6–33), заболевания органов пищеварения (12%, диапазон 2–29). У женщин — травмы (29%, диапазон 11–71), ССЗ (21%, диапазон 16–29), заболевания органов пищеварения (19%, диапазон 8–33) и рак (18%, диапазон 6–26).

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 ишеми-

ческую болезнь сердца, как отдалённую третью причину (11%) [15, 43].

В России практически 50% работающего населения можно отнести к категории употребляющих алкоголь в лёгких формах, а 10% — в тяжёлых. В связи с этим значительный вклад в высокий уровень смертности вносят смерти мужчин трудоспособного возраста. Так, исследование результатов судебно-медицинских экспертиз в одном из городов России показало, что доля умерших в состоянии алкогольного опьянения среди этой группы составила 62% [44].

Экономическая стоимость бремени от алкоголизма многофакторна. Экономические потери от алкоголизма представляет собой очень значимую проблему не только для России, но и для большинства стран мира. Рядом исследований, было показано, что из года в год в различных странах экономическая стоимость алкоголизма растёт. Она складывается из прямых и косвенных затрат: из потерь рабочего времени, затрат на медицинскую помощь, в первую очередь в связи с соматическими осложнениями алкоголизма, на ликвидацию последствий дорожных катастроф, пожаров, на борьбу с преступностью, социальное обеспечение.

Злоупотребление алкоголем вызывает особенно высокую смертность среди мужчин 40–60 лет, которые обладают наиболее ценными профессиональными навыками. В случае их преждевременной смерти утрачиваются наиболее опытные трудовые ресурсы, обесцениваются инвестиции в человеческий капитал.

Алкоголь также связан со снижением производительности, прогулами, пренебрежительным отношением и антисоциальным поведением, то есть приносит проблемы и работодателям. Экономические потери отмечаются в производительности труда вследствие чрезмерного употребления алкогольных напитков или употребления алкогольных напитков на рабочем месте, частичной или полной утраты пьющим человеком своей экономической эффективности задолго до смерти. Характерны потери в производительности труда вследствие чрезмерного употребления алкогольных напитков или употребления алкогольных напитков на рабочем месте, в том числе в связи с алкогольным травматизмом. Например, данные Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения (РМЭЗ) показывают, что среди участвовавших в исследовании в 2004 г. мужчин с опасно высоким уровнем потребления алкоголя 20% были безработными и 40% не имели постоянного дохода. Для сравнения, для остальных мужчин эти показатели составили 3% и 12% соответственно. Для тяжело пьющих работников характерны прогулы и низкая производительность труда. По данным РМЭЗ таковых среди мужчин, имеющих постоянную работу, было 10%. Исследования в США показали, что умеренное потребление алкоголя приводит к снижению заработка и у мужчин, и у женщин [45, 46]. Злоупотребление алкоголем влияет на уровень занятости. Например, исследования в Финляндии показали, что при наличии алкогольной зависимости вероятность полной или частичной занятости снижается для мужчины на 14%, а для женщины — на 11%. Данные финского реестра медицинских услуг недавно показали, что работники ремесленных, строительных отраслей и сфер предоставления услуг подвергались наибольшему риску госпитализации или смерти, главным образом из-за алкоголя [47]. По оценкам специалистов из Великобритании [48], снижение производительности

из-за алкоголя обошлось экономике Соединённого Королевства в 7,3 миллиарда фунтов стерлингов в 2009–2010 гг. и 9,2 миллиарда в 2018. Проведённый анализ связи злоупотребления алкоголя показал профессиональные и гендерные различия. Семьдесят семь профессий оказались связаны с уровнем употребления алкоголя среди пьющих. В так называемые группы риска учёные включили уборщиков и менеджеров (повышенный в 2,81 раза риск), а также рабочих различной специализации из сферы строительства (1,7–2,07), помощников из спортивной отрасли и сферы организации отдыха (2,07), персонал бара (2,06), строителей (1,66) и водителей погрузчиков (1,56) — в общем, представителей специальностей, требующих главным образом хорошей физической подготовки. Что касается гендерных различий, то среди уборщиков и менеджеров её не выявили. Однако мужчины, занятые в сферах производственной уборки и утилизации мусора, а также автоэлектрики, бармены и штукатуры оказались более склонны к алкоголизму, чем их коллеги-женщины. Также среди представителей прекрасного пола алкоголизм встречался у работников складов (2,48), риелторов (2,24), инструкторов по вождению (2,22) и персонала бара (2,07), а больше всего ему оказались подвержены корпоративные менеджеры и женщины, занимающие руководящие посты в компаниях [48].

Выявленные различия между мужчинами и женщинами могут указывать на то, как рабочая среда, а также пол и другие сложные факторы влияют на отношение к алкоголю.

Исследования ВОЗ показывают, что неблагоприятная обстановка на работе способна вызвать такие психические расстройства, как депрессия, «профессиональное выгорание», стресс, алкоголизм и наркомания.

Многие исследования выявили значительную связь между стрессом на рабочем месте и риском пагубного потребления алкоголя и возможной алкогольной зависимости [49–54]. Стресс, связанный с работой — это возможная реакция организма при предъявлении к людям требований, не соответствующих уровню их знаний и навыков. Стрессовые факторы могут относиться к содержанию, нагрузке и месту работы, организации рабочего времени, степени участия в процессе принятия решений и возможности воздействия на этот процесс. Большинство причин стресса относятся к характеру организации работы и управления производственными процессами.

Другие источники стресса могут относиться к возможности служебного роста, статусу и оплате труда, роли работников в рамках организации, межличностным взаимоотношениям, организационной культуре и неадекватности сбалансированности служебной и личной жизни.

Таким образом, стрессу на работе могут подвергаться работники любой квалификации и социального статуса на работе — от неквалифицированных работников до руководителей высшего звена. Причём с ростом ответственности распространённость и сила стрессов возрастают. Учёные считают, что для профилактики данных состояний необходимо устранить причины, кроющиеся в стрессах на рабочих местах. Для этого работодатели должны более тщательно относиться к нормированию рабочего дня и нагрузок, формированию комфортной атмосферы в коллективе, что сократит количество стрессов на работе и, соответственно, сократит тягу к алкоголю.

На Европейской конференции ВОЗ на уровне министров по охране труда (2005 г.) отмечено, что стресс,

связанный с работой, представляет собой проблему примерно для одной трети трудящихся государств - членов Европейского союза. Стоимость стресса на работе и связанных с этим проблем со здоровьем составляет в среднем 3–4% валового национального продукта. В России в состоянии хронического стресса находится до 70% населения. Как установили британские учёные, одной из главных причин мужского тяготения к алкоголю являются слишком напряженный рабочий график и стрессы на работе [55, 48].

Макроэкономические расчёты М. Сухра, специалиста отдела инвестиций в здоровье и развитие Европейского отделения Всемирной организации здравоохранения, выполненные по заказу Общественного совета Центрального федерального округа РФ показали, что совокупные экономические потери России от злоупотребления алкоголем составляют порядка 1 триллиона 700 миллиардов рублей [56].

По данным Всемирного банка, в 2019 г. ВВП России (по паритету покупательной способности) составлял \$4,3 трлн. То есть 1,5% — это \$64,5 млрд, или 5 трлн рублей.

Непрямые затраты связаны с нетрудоспособностью или смертью пациента в связи с заболеванием или производственными потерями, которые несут ухаживающие за пациентом члены его семьи или друзья. К ним относятся издержки за период отсутствия на рабочем месте из-за болезни, прогулов или инвалидности (социальные выплаты, недопроизведённый общественный продукт), экономические потери от снижения производительности труда на месте работы; экономические потери от преждевременной смерти, особенно в трудоспособном возрасте (отравления, утопления, убийства, ДТП).

Доля потерь производства от издержек, связанных со злоупотреблением алкоголем, составляет 47%. Исходя из этого рассчитано, что в одном только 2004 г. Российская Федерация понесла «алкогольные потери» в объёме 530 миллиардов рублей (то есть около 3,3% ВВП). Для сравнения, приводимые ВОЗ для других стран цифры алкогольного ущерба составляют в среднем 2,5% ВВП. Анализ прямых и непрямых затрат, обусловленных алкоголизмом, проведённый в Германии в 2002 году, показал, что бремя алкоголизма составляет 39,6 млрд немецких марок (1,13% ВВП), что составляет около 19,8 млрд евро, если проводить расчёты в существующей европейской валюте [57]. Подсчитано, что каждый рубль, вложенный в противодействие влиянию алкоголя, экономит 18–20 рублей ВВП, а реализация эффективной программы противодействия злоупотреблению алкоголем могла бы дать минимум 1800% эффективности.

Необходимость повышения эффективности практических действий государства по решению проблемы пьянства требует проведения мониторинга различных аспектов алкогольной ситуации и его наиболее рационального экономического обоснования, в том числе на основе полноценной социологической и статистической научной информации. Однако уже сейчас можно говорить о том, что значимое экономическое бремя, а также спектр социально-демографических проблем, связанных с алкоголизмом, указывает на то, что, в России необходимо дальнейшее осуществление комплекса мер, направленных на профилактику алкоголизма и формирование здорового образа жизни, а также усовершенствование системы лечения больных алкоголизмом [58, 59].

В Концепции реализации государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкоголем и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации на период до 2020 года было указано, что «злоупотребление алкогольной продукцией вызывает особенно высокий уровень смертности среди мужчин 40–60 лет, которые в этом возрасте обладают наиболее ценными профессиональными навыками; их преждевременный уход из жизни наносит ущерб трудовым ресурсам, обладающим профессиональным опытом, снижает объём инвестиций в человеческий капитал.» Вместе с тем, в период действия Концепции внедрение программ профилактики злоупотребления алкоголем в трудовых коллективах нельзя считать состоявшимся [8].

Алкоголизация наносит огромный ущерб здоровью населения и экономике РФ. Несмотря на остроту проблемы, усугубляющуюся растущим дефицитом трудовых ресурсов и высоким уровнем потребления спиртного меры, направленные на снижение негативного влияния алкоголизации, явно недостаточны и малоэффективны. Одна из причин этого — нехватка методов антиалкогольной профилактической работы, в том числе, основанных на современных принципах доказательной медицины.

Меры, направленные на решение проблемы пьянства на рабочих местах в определенных профессиональных сферах, могут принести пользу как экономике в целом, так и отдельным людям, улучшив благосостояние сотрудников и косвенно повысив производительность. В большинстве стран мира профилактика пьянства на промышленных предприятиях становится одним из ведущих направлений противоалкогольной политики. Международный опыт подтверждает, что наиболее эффективным способом решения проблемы пьянства является совместная деятельность работодателя и работников с целью сохранения личного и общественного здоровья и формирования рабочей среды, свободной от влияния алкоголя [3, 60].

В последние годы ВОЗ и МОТ призывают разрабатывать и изучать эффективность антиалкогольных профилактических программ предприятий на национальном уровне, поскольку их результаты варьируют в зависимости от состояния здоровья, условий жизни и труда работников, особенностей местного законодательства, культуры [61–65].

Статья 76 п. 1 ТК РФ обязует работодателя отстранить от выполнения трудовых обязанностей сотрудника, появившегося на работе в состоянии опьянения, а статья 81 п. 6(б) позволяет расторгнуть с ним и трудовой договор. Пьяный работник, тем более в условиях производства, несёт с собой непосредственную угрозу для жизни и здоровья окружающих, создаёт риск разного рода происшествий с катастрофическими последствиями для окружающей среды, имущества и репутации предприятий. В России, по оценке Минздрава РФ, до 80% всех производственных травм (цифры различаются по регионам и отраслям экономики) происходит с людьми, находящимися в опьянении. Алкоголь является причиной и значительной части случаев временной нетрудоспособности, прежде всего из-за бытовых травм. Значительная часть фиктивных больничных листков также связана с пьянством. По данным Института демографии РАН, злоупотребляющие спиртным работники в целом пребывают на больничном листе (по любой причине) в 2,1 раза чаще и дольше малопьющих или трезвенников. При этом главным источником потерь становится не столько опьянение на работе,

последствия которого и так очевидны, сколько похмелье и общее снижение работоспособности у умеренно пьющих людей [66].

Ассоциация Менеджеров России, организация «Трансатлантические партнёры против СПИДа» (ТППС), «Глобальная бизнес коалиция против ВИЧ/СПИДа, туберкулеза и малярии» (GBC) провели в России исследование на тему «Влияние ВИЧ/СПИДа, злоупотребления алкоголем и наркотиками на конкурентоспособность компаний в России» и подготовила национальный доклад по этой проблеме (2007 г.). В основу доклада легли результаты совместного широкомасштабного исследования, проведённого среди представителей топ-менеджмента российских и зарубежных компаний летом 2007 г. Ответ о влиянии злоупотребления алкоголем на деятельность и конкурентоспособность компаний показал, что 74% участников исследования считают значимым влияние, оказываемое этой проблемой на их компании. По мнению респондентов, злоупотребление алкоголем приводит к падению трудовой дисциплины (56,7%), сокращению срока трудовой занятости сотрудников и росту текучести кадров (47,1%), росту административных затрат (44,4%), угрожает безопасности производства (36,6%), приводит к производственному травматизму (35,9%), ухудшению качества продукции (35,3%), увеличению издержек на обучение новых сотрудников (22,9%), снижению темпов роста компании (17,6%).

Таким образом, проблема злоупотребления алкоголем относится к числу требующих неотложного решения, поскольку дальнейшее развитие российской экономики и повышение производительности труда на предприятиях невозможно при наличии столь серьёзных проблем.

Во многих производственных компаниях по всему миру действуют корпоративные антиалкогольные профилактические политики и программы, включающие в себя организационные, дисциплинарные, медицинские и информационные мероприятия [67, 68].

Проведение антиалкогольной программы в рамках медицины труда представляется эффективным методом решения проблем как самого пьющего работника, так и общества в целом. В связи с этим более место должно рассматриваться как оптимальная точка приложения антиалкогольных профилактических действий [69].

Таким образом, развитие в стране антиалкогольной профилактики в системе медицины труда представляется сложной, но актуальной и перспективной задачей.

К числу мероприятий, направленных на снижение масштабов злоупотребления алкоголем в России, относится разработка и реализация мер антиалкогольной политики в местах работы граждан, основанных на: просвещении, профилактике, раннем выявлении и лечении алкогольной зависимости. Основной методологической линией в вопросах профилактики алкоголизма, является системный подход, позволяющий объединить все этапы и уровни профилактических действий в целостную систему. В целях реализации «системного подхода» в профилактике пьянства на рабочих местах, необходим целый комплекс хорошо продуманных и организованных мероприятий, тесно увязанных с реальной обстановкой и рассчитанных на реальных людей и их реальные социальные связи.

В борьбе с пьянством и алкоголизмом решительных изменений невозможно добиться каким-либо одним методом, особым воздействием или «решительным шагом», поэтому обычно используются комбинированный подход,

предполагающий предоставление информации об алкоголе, о фактах его влияния на организм человека, поведение, а также статистических данных о распространённости алкоголизма, описываются изменения личности пьющего человека, рассказывается о влиянии друзей и членов семьи на формирование алкогольной зависимости, проводится работа по повышению устойчивости к социальному давлению, средствам массовой информации, рекламе.

Примером такого комбинированного подхода к решению проблемы профилактики алкоголизма на предприятии можно рассматривать внедрение компанией «Русский алюминий» (РУСАЛ) впервые разработанной в рамках медицины труда антиалкогольной профилактической программы [70, 71], основным элементом которой является контроль трезвости работников, что повысило в 2–3 раза выявляемость среди работников лиц, находящихся в состоянии алкогольного опьянения на рабочем месте, то есть группы риска — потенциальных носителей травмоопасных ситуаций. Исследование проводилось на базе Саяногорского алюминиевого завода (ОАО САЗ, г. Саяногорск, Республика Хакасия). Изучение заболеваемости с временной утратой трудоспособности на примере Саяногорского алюминиевого завода выявило, что показатель дней временной нетрудоспособности работников (на 100 человек), злоупотребляющих алкоголем и состоящих на учете в наркологическом диспансере, превышает в 2,1 раза аналогичный показатель трудовых потерь для всех остальных работников алюминиевого производства. На втором этапе исследования был осуществлён анализ эффективности внедрённой на предприятии антиалкогольной программы на рабочем месте, центральным элементом которой является контроль трезвости работников. Контроль трезвости работников (КТР) выполняется непосредственно на проходной предприятия. Отбор испытуемых для проведения КТР осуществлялся сотрудниками службы охраны предприятия по мере возникновения у охранника подозрения в том, что проходящий через турникет работник находится в состоянии алкогольного опьянения. Одним из показателей алкоголизации трудового коллектива служит количество задержаний по подозрению в нетрезвом виде на рабочем месте. Анализ задержаний по подозрению в нетрезвом виде за первое полугодие 2005 г. — до внедрения на предприятии Программы показал 77 случаев задержания службой охраны по подозрению в нетрезвом виде, в том числе 39 работников алюминиевого производства (на 2456 человек) и 38 строителей (на 1109 человек), частота задержания составила 1,6% и 3,4% соответственно. По результатам анкетирования, количество работников, употребляющих алкоголь 2–3 раза в неделю и чаще, составило 338 человек или 16,0% от общего числа опрошенных, как правило, это лица, имеющие алкогольную зависимость, составившие группу риска появления на рабочем месте в нетрезвом виде. Результаты анкетирования учтены при выборе методов антиалкогольной профилактики: первичная — при низком уровне алкоголизации, вторичная — при среднем, вторичная и третичная — при высоком уровне алкоголизации.

Представленные данные свидетельствуют, что Корпоративные программы по антиалкогольной профилактике должны включать: организацию тестирования сотрудников на употребление алкоголя; организацию консультативной помощи по вопросам, связанным с риском пагубного употребления алкоголя; коммуникационную кампанию по повышению осведомлённости в отношении алкоголя;

организацию безалкогольных корпоративных мероприятий. Основной целью первого этапа корпоративной программы является выявление сотрудников с проблемным потреблением алкоголя. Используемый метод — определение алкоголя в выдыхаемом воздухе с использованием алкотестера.

По результатам исследования на тему «Влияние ВИЧ/СПИДа, злоупотребления алкоголем и наркотиками на конкурентоспособность компаний в России» на первое место среди мер, способствующих снижению негативного влияния этих проблем на конкурентоспособность бизнеса, большинство представителей частного сектора поставили поддержку органами государственной власти работы компаний по профилактике (56%). Следующая мера — это разработка и проведение программ профилактики для сотрудников компании, которую считают эффективной 55% респондентов. Известно, что профилактика является наиболее эффективным подходом к решению многих проблем в сфере защиты здоровья, и международный опыт продемонстрировал подходы, эффективность которых оценена как в пилотажных проектах, так и в широкой практике проведения программ профилактики. Многие респонденты, ссылались на положительный международный и российский опыт; 50,3% отметили изучение и применение международного опыта.

Создание эффективной службы лечения в регионах, отмеченное 45,7% респондентов, является необходимым условием для эффективности профилактических программ, включая корпоративные программы. К сожалению, существующая служба лечения зависимостей не соответствует международным стандартам в этой области, поскольку отсутствуют реабилитационные центры, которые должны обеспечивать необходимый этап для повышения эффективности процесса выздоровления.

Активное участие руководителей компаний в реализации инициатив по профилактике подчеркнули 44,4% респондентов. Отмечено, что современные подходы к профилактике социально значимых заболеваний опираются на лидерство руководителей. Необходимость диалога между правительством, организациями работодателей и работников на федеральном и региональном уровнях отметили 23%.

Программы снижения вреда в уязвимых группах направлены на установление контакта с людьми, не обращающимися за медицинской помощью. Предоставление им информации о рисках и способах их снижения, а также контактной информации учреждений, в которых они могут получить помощь и пройти обследование.

Как показывает международный опыт, в сфере бизнеса и труда условием успешного решения таких проблем является разработка и реализация компанией эффективной профилактической программы и принятие политики или корпоративного стандарта (правил внутреннего распорядка), отражающего позицию компании по каждой из рассматриваемых проблем.

Как показал опрос, соответствующая политика или корпоративный стандарт, отражающие позицию предприятия и регулирующие вопросы взаимодействия с сотрудниками, злоупотребляющими алкоголем, существуют в 66% компаний. Кроме того, политику в этой сфере собираются вводить 12% компаний, то есть суммарно около 80% организаций имеют такой стандарт или собираются его вводить. Реализацию программ профилактики злоупотребления алкоголем для сотрудников проводят суще-

ственно меньше компаний. Они существуют у 35% компаний и еще 19% собираются их вводить. С учётом оценки самими же организациями актуальности проблемы это не очень высокие показатели.

Постановка диагноза и назначение адекватной терапии как синдрома алкогольной зависимости, так и соматической патологии алкогольного генеза нередко зависит от своевременного установления факта злоупотребления алкоголем, например, при прохождении периодических медицинских осмотров, поскольку большинство пациентов либо отрицают употребление алкоголя, либо значительно занижают его количество. Алкогольную зависимость не всегда адекватно диагностируют при помощи опросников, хотя этот фактор доступен коррекции. Диагностика потребления алкоголя основывается не только на анализе содержания этанола, но и может быть улучшена с помощью лабораторных тестов, которые дают информацию о недавних и долгосрочных моделях употребления алкоголя. В работе [72] показано, что наиболее информативным маркером хронического употребления алкоголя является определение карбогидратдефицитного трансферрина (КДТ) в сыворотке крови в сочетании с анкетированием, направленным на выявление алкоголизма. Установлена положительная корреляционная связь между результатами анкетирования и содержанием карбогидратдефицитного трансферрина в сыворотке крови ($r=0,24$, $p=0,002$ с вопросом об употреблении 6 и более доз за один раз и $r=0,30$, $p=0,0001$ с общей суммой баллов). Определение КДТ и анкетирования при проведении периодических и предварительных медосмотров работающих во вредных и (или) опасных условиях труда может позволить с высокой степенью достоверности определять лиц, склонных к хроническому употреблению алкоголя с целью проведения профилактических мероприятий и недопуска их к работе, связанной с различными источниками повышенной опасности, в том числе работы, связанные с управлением транспортных средств.

Изучение конкретного наполнения корпоративных программ профилактики злоупотребления алкоголем показало, что наиболее часто проводится тестирование на рабочих местах на содержание алкоголя (34%). Следующим по частоте применения является проведение информационных кампаний с использованием наглядной агитации (32%), а также организация консультирования для сотрудников с направлением на лечение в случае необходимости (27%). Можно отметить, что наиболее распространёнными методами являются меры сдерживания, которые применяются практически всеми компаниями, предпринимающими действия в этой области.

Однако в процессе обсуждения представители компаний выразили сомнение в эффективности увольнений без реализации других инициатив, необходимых для решения этой комплексной социальной проблемы. Другие же инициативы осуществляются лишь ограниченным числом компаний. Так, образовательные семинары и тренинги проводят 16% организаций, хотя международная практика и опыт российских компаний продемонстрировали, что обучение менеджеров для более эффективного решения проблем на рабочих местах является важным компонен-

том профилактики. Только 14% респондентов отметили участие в конференциях и круглых столах по данной тематике. Следовательно, обмен опытом между компаниями и специалистами в этой сфере ограничен. Ещё меньше (9%) компаний принимают участие в программах профилактики злоупотребления алкоголем в регионе своей деятельности, проявляя свою социальную ответственность в этой области. Мониторинг и оценку программ профилактики злоупотребления алкоголем осуществляют всего 12% компаний, оценить, насколько эффективны предпринимаемые меры, сложно.

Несмотря на признаваемое большинством респондентов влияние злоупотребления алкоголем на деятельность и конкурентоспособность компаний, наличие политики у двух третей компаний, программы профилактики осуществляются только в одной трети организаций. Их эффективность оценивается лишь в каждой третьей из этих компаний, представляющих, в основном, крупные предприятия.

Большинство (61%) компаний считают, что для более эффективной реализации программ профилактики злоупотребления алкоголем им необходима государственная поддержка, а также сотрудничество с медицинскими учреждениями (39%) и консультативными центрами (26%). Соответствующее обучение своих специалистов хотели бы провести 24% компаний.

Размеры расходов/инвестиций компаний в профилактику по оценкам большинства компаний, принявших участие в опросе, составляют менее 1% от фонда оплаты труда. Лишь две компании указали, что инвестировали на эти цели от 5% до 8% фонда оплаты труда.

Таким образом, большинство компаний не рассматривает расходы на профилактику как инвестиции, продолжая платить гораздо более высокую цену в связи с неизбежными потерями.

В связи с этим, необходима чёткая позиция государства и поддержка программ профилактики злоупотребления алкоголем, проводимых компаниями. Также важна разработка рекомендаций, основанных на научных исследованиях. На основании таких исследований разработана модельная программа «Укрепление здоровья работающих», составленная на основании библиотеки корпоративных практик социальной направленности по проблеме «Здоровье и поддержание здорового образа жизни» Российского союза промышленников и предпринимателей (РСПП), сформированной по поручению Министра здравоохранения В.И. Скворцовой, с участием ФГБУ «НИИ медицины труда им. академика Н.Ф. Измерова», ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России [73, 74].

Анализ представленных в данном обзоре литературных данных свидетельствует, что управление алкогольными рисками российских предприятий — это весьма перспективное и востребованное жизнью направление научно-практической деятельности, представляющее большой интерес для медиков, управленцев, экономистов и представителей многих других областей и профессий.

Список литературы

1. Стратегия национальной безопасности РФ до 2020 года. Указ Президента РФ от 12 мая 2009 г. № 53.
2. WHO; 2014. *World Health Organization Global Status Report on Alcohol and Health*. Geneva: World Health Organization; 2014.
3. Global Status Report on Alcohol and Health 2018. ISBN 978-92-4-156563-9 https://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/
4. Алкоголь. 21 сентября 2018 г. <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
5. Альтшулер, В.В., Кравченко С.Л., Корольков А.И. Различия больших алкоголизмом по объемам потребления алкоголя. *Вопросы наркологии*. 2012; 1: 46–62.
6. Вангородская С.А. Российская модель потребления алкоголя: особенности и влияние на смертность населения. *Научные ведомости БелГУ. Сер. Философия. Социология. Право*. 2018; 43(1): 28–36. <https://doi.org/10.18413/2075-4566-2018-43-1-28-36>
7. *Global Health Risks. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. World Health Organization. Geneva; 2009.
8. Салагай О.О., Сошкина К.В., Брюн Е.А., Кекелидзе З.И., Каименко Т.В., Кобякова О.С., Халтурина Д.А., Зыков В.А. Научная оценка степени реализации госполитики по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации на период до 2020 года. *Общественное здоровье*. 2021; 1(2): 7–11. <https://doi.org/10.21045/2782-1676-2021-1-2-5-19>
9. Кузнецова П.О. Алкогольная смертность в России: оценка с помощью данных репрезентативного обследования. *Население и экономика*. 2020; 4(3): 75–95.
10. ВОЗ (2016). *Успехи и упущенные возможности общественного здравоохранения: тенденции в потреблении алкоголя и смертности, относимой на счет алкоголя, в Европейском регионе ВОЗ, 1990–2014 гг.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
11. Denisova I. Adult mortality in Russia. *Economics of Transition*. 2010; 18(2): 333–63.
12. Zaridze D., Lewington S., Boroda A., Scelo G., Karpov R., Lazarev A., Sherliker P. Alcohol and mortality in Russia: prospective observational study of 151 000 adults. *The Lancet*. 2014; 383(9927): 1465–73.
13. Brun E.A., Letnikova L.I., Evdokimov A.Yu., Shevtsova Yu.B., Scriabin V.Yu. On monitoring of population mortality related to the use of psychoactive substances. *Public health*. 2021; 1(1): 44–55. <https://doi.org/10.21045/2782-1676-2021-1-1-44-55>
14. Кладов С.Ю., Конобеевская И.Н., Карпов Р.С. Алкоголь и преждевременная смертность населения Томской области. *Бюллетень сибирской медицины*. 2010; 1: 126–9.
15. Кайгородова Т.В., Крюкова И.А. Влияние злоупотребления алкоголем на развитие неинфекционных заболеваний (аналитический обзор). *Общественное здоровье*. 2021; 1(2): 7–11. <https://doi.org/10.21045/2782-1676-2021-1-2-48-61>
16. Глобальная стратегия сокращения вредного употребления алкоголя. — Всемирная организация здравоохранения. Женева; 2010 г. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44395/9789241599931_rus.pdf
17. Приказ Минздрава России от 15.01.2020 № 8, утверждена «Стратегия формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний на период до 2025 года».
18. Немцов А.В., Терехин А.Т. Размеры и диагностический состав алкогольной смертности в России. *Наркология*. 2007; 12: 87–93.
19. Кошкина Е.А., Киржанова В.В. Проблемы распространенности болезней зависимости и основные направления совершенствования наркологической помощи в России. *Вопросы наркологии*. 2013; 6: 10–26.
20. Costanzo S., Di Castelnuovo A., Donati M.B. et al. Alcohol consumption and mortality in patients with cardiovascular disease: a meta-analysis. *J. Am. Coll. Cardiol*. 2010; 55(13): 1339–47.
21. Остроумова О.Д. Алкоголь: друг или враг? *Эффективная фармакотерапия*. 2013; 49: 8–12.
22. Mancia G., Fagard R., Narkiewicz K. et al. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *J. Hypertens*. 2013; 31(7): 1281–357.
23. Matsumoto C., Miedema M.D., Ofman P. et al. An expanding knowledge of the mechanisms and effects of alcohol consumption on cardiovascular disease. *JCRP*. 2014; 34(3): 159–71.
24. *Руководство по артериальной гипертензии*. Под ред. Е.И. Чазова и И.Е. Чазовой. м.: медиа-медика. 2005; 573–4.
25. Статистика здравоохранения и информационные системы. Причины смертности. WHO regions _ Данные ВОЗ. http://www.who.in/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en (дата обращения 23.07.2021 г.).
26. Hillbom M., Numminen H., Juvela S. Recent heavy drinking of alcohol and embolic stroke. *Stroke*. 1999; 30(11): 2307–12.
27. Klatsky A.L., Armstrong M.A., Friedman G.D., Sidney S. Alcohol drinking and risk of hemorrhagic stroke. *Neuroepidemiology*. 2002; 21(3): 115–22.
28. Reynolds K., Lewis B., Nolen J.D. et al. Alcohol consumption and risk of stroke: a meta-analysis. *JAMA*. 2003; 289(5): 579–88.
29. Rehm J., Samokhvalov A.V., Shield K.D. Global burden of alcoholic liver diseases. *J. Hepatol*. 2013; 59: 160–8.
30. Подунина Т.Е., Маев И.В. Алкогольное поражение печени. *Медицинский совет*. 2009; 1(11): 11–9.
31. 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; 29: 437–45.
32. 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; 16: 193–201.
33. Лужников Е.А. Злоупотребление алкоголем в России и здоровье населения. *Острые отравления этиловым алкоголем и его суррогатами. Соматическая патология при хронической алкогольной интоксикации*. М. РАОЗ; 2000: 53–61.
34. Дробот Н.Н., Шевченко Н.П., Кондратьева Е.Г., Игошкина А.Я., Чернолясова И.Н. Туберкулез легких у больных с алкогольной и наркотической аддикцией. *Современные наукоёмкие технологии*. 2012; 8: 20–1.
35. Сидоров П.И., Соловьев А.Г., Елистратова Т.В. Нейрофизиологические особенности эпилептического синдрома алкогольного генеза. *Наркология*. 2007; 9: 25–31.
36. Андреева И.В., Сулцкин Э.В. Нейропсихологический дефицит в структуре алкогольных изменений личности. *Наркология*. 2005; 10: 45–9.
37. Шолохова В.Р., Колесниченко А.А., Минаева О.В. Характер повреждения зрительного анализатора при алкогольной интоксикации. *Медицина и здравоохранение: материалы VI Международ. науч. конф. (г. Казань, март 2018 г.)*. — Казань: Молодой ученый, 2018: 41–44. — URL: <https://moluch.ru/conf/med/archive/303/13833/> (дата обращения: 21.09.2021).
38. 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, Общественное здоровье. 2021: 1(2): 59. Международные АСПЕКТЫ 2012. <http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol100E/mono100E.pdf>

39. Sustainable development goals: 17 goals to transform our world. United Nations., New York. 2016. <https://www.un.org/sustainabledevelopment>
40. Разводовский Ю.Е. Алкоголь и смертность от злокачественных образований в Беларуси. *Наркология*. 2007; 12: 38–40.
41. Roerecke M., Rehm J. Alcohol use disorders and mortality: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*. 2013; 108(9): 1562–78. <https://doi.org/10.1111/add.12231>
42. Roerecke M., Rehm J. Cause-specific mortality risk in alcohol use disorder treatment patients: a systematic review and meta-analysis. *Int. J. Epidemiol.* 2014; 43(4): 1314–27. <https://doi.org/10.1093/ije/dyu043>
43. 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. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/160680/e96457.pdf
44. Маколкин В.И., Махов В.М., Поражения желудочно-кишечного тракта при алкоголизме. *Реф. сб. «Новости науки». Серия «Медицина». Вып. «Алкогольная болезнь»*. 1997; 12: 1–4.
45. Keng S.-H., Huffman W.E. Binge drinking and labor market success: a longitudinal study on young people. *Journal of Population Economics*. 2007; 20(1): 35–54.
46. Mullahy J., Sindelar J.L. Health, income, and risk aversion: assessing some welfare costs of alcoholism and poor health. *Journal of Human Resources*. 1995; 30(3): 439–59.
47. Johansson E. et al. The association of alcohol dependency with employment probability: evidence from the population survey "Health 2000 in Finland". *Health Economics*. 2007; 16(7): 739–54.
48. Thompson A., Pirmohamed M. Associations between occupation and heavy alcohol consumption in UK adults aged 40–69 years: a cross-sectional study using the UK Biobank. *BMC Public Health*. 2021; 21: 190.
49. Workplace stress: A collective challenge ISBN: 978-92-2-130641-2 (print). https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_466547.pdf
50. Virtanen M. Long working hours and alcohol use: systematic review and meta-analysis of published studies and unpublished individual participant data. *British Medical Journal*. 2015; 350: g7772.
51. Marchand A. Alcohol use and misuse: what are the contributions of occupation and work organization conditions? *BMC Public Health*. 2008; 8: 333.
52. Head J., Stansfeld S., Siegrist J. The psychosocial work environment and alcohol dependence: a prospective study. *Occupational and Environmental Medicine*. 2004; 61(3): 219–24.
53. Сирота Н.А., Ялгонский В.М. Применение и внедрение программ реабилитации и профилактики зависимого поведения как актуальная задача российской клинической психологии. *Медицинская психология в России: электрон. науч. журн.* 2012; 2. <http://medpsy.ru> (дата обращения: 21.09.2021).
54. Разводовский Ю.Е. Алкоголь и стресс. *Медицинские новости*. 2006; 10: 18–22.
55. WHO Library Cataloguing in Publication Data Mental health: facing the challenges, building solutions: report from the WHO European Ministerial Conference, 2005, ISBN 92 890 4377 6 (NLM Classification: WM 105).
56. Общественная палата Российской Федерации Комиссия по социальной и демографической политике Общественный совет Центрального федерального округа «Злоупотребление алкоголем в российской федерации: социально-экономические последствия и меры противодействия». Доклад утвержден Советом Общественной палаты Российской Федерации 13 мая 2009 года.
57. Gastfriend D.R., Garbutt J.C., Pettinati H.M., Forman R.F. Reduction in heavy drinking as a treatment outcome in alcohol dependence. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2007; 33(1): 71–80.
58. Кошкина Е.А., Павловская Н.И., Ягудина Р.И., Куликов А.Ю., Усенко К.Ю. Медико-социальные и экономические последствия злоупотребления алкоголем в Российской Федерации. *Медико-социальные и экономические последствия злоупотребления алкоголем в Российской Федерации*. 2010; 2(14): 1–12.
59. Колосницына М.Г., Дубынина А.И. Антиалкогольная политика в современной России: направления развития и поддержка населения. *Журнал Новой экономической ассоциации*. 2019; 2(42): 94–120.
60. Международная Организация Труда. *Охрана труда в цифрах и фактах. Направления совершенствования глобальной культуры охраны труда*. Москва; 2003.
61. Кайгородова Т.В., Куликов А.А. Подходы Всемирной организации здравоохранения по борьбе со злоупотреблением алкоголем. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2010; 2(14).
62. Комитет экспертов ВОЗ по проблемам, связанным с потреблением алкоголя. ВОЗ. Женева; 2007.
63. Probst C., Rehm J. Alcohol use, opioid overdose and socioeconomic status in Canada: a threat to life expectancy? *Can. Med. Assoc. J.* 2018; 190: E1294–E1295. <https://doi.org/10.1503/cmaj.10806>
64. Kristen A., Ogilvie A. Unintended consequences of local alcohol restrictions in rural Alaska. *J. Ethn. Subst. Abuse*. 2018; 17(1): 16–31. <https://doi.org/10.1080/15332640.2017.1362728>
65. Гапонова Е.А., Петрачков И.В., Гинойн А.Б., Улумбекова Г.Э. Опыт развитых стран в области антиалкогольной политики. ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. *Вестник ВШОУЗ*. 2020; 6(1): 44–57. <https://doi.org/10.24411/2411-8621-2020-11004>
66. Переверзев В.А. Утомление и умственная работоспособность людей, употребляющих и не употребляющих алкоголь. *Здравоохранение*. 2014; 3: 19–26.
67. Организация работы по профилактике злоупотребления алкоголем работниками предприятий. Обобщенный анализ вторичных данных, результатов личных интервью с руководителями предприятий и фокус-групп с работниками. Москва; 2013–2014. <http://trudizdorovie.ru/practice/Pr-AIPM.pdf>
68. Смышляев А.В., Мельников Ю.Ю., Евдаков В.А. Организационные аспекты профилактики злоупотребления алкоголем. *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики*. 2017; 3: 52–61.
69. Межотраслевая программа профилактики заболеваний и укрепления здоровья работников предприятий «Здоровье 360» Версия вторая дополненная. Москва; 2015 г.
70. Кудашев А.Р. Современное состояние корпоративных антиалкогольных программ в российских компаниях. *Материалы V Всероссийского конгресса «Профессия и здоровье»*. 30 октября – 2 ноября 2006 г. М.; 2006: 427–8.
71. Кудашев А.Р. Путь снижения риск-фактора производственных несчастных случаев и экологических катастроф. *Башкирский экологический вестник*. 2007; 1: 21–5.
72. Салагай О.О., Брюн Е.А., Бухтияров И.В., Кузьмина Л.П., Власовских Р.В., Коляскина М.М., Петухов А.Е. Методические подходы к выявлению маркеров злоупотребления алкоголем у работников по данным медицинских осмотров. *Мед. труда и пром. экол.* 2021; 2: 72–5.
73. Федеральный проект «Укрепление общественного здоровья». <https://www.rosminzdrav.ru/poleznye-resursy/natsproektzdravoohranenie/zozh>
74. Руководство по реализации модельной корпоративной программы «Укрепление здоровья работающих». М.; 2020.

References

1. The National Security Strategy of the Russian Federation until 2020. Decree of the President of the Russian Federation No. 53 dated May 12, 2009 (in Russian)
2. WHO; 2014. *World Health Organization Global Status Report on Alcohol and Health*. Geneva: World Health Organization, 2014.
3. Global Status Report on Alcohol and Health 2018. ISBN 978-92-4-156563-9 https://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/
4. Alcohol. September 21, 2018. <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
5. Altshuler V.B., Kravchenko S.L., Korolkov A.I. Differences of alcoholism patients by alcohol consumption volumes. *Voprosy narkologii*. 2012; 1: 46-62 (in Russian).
6. Vangorodskaya S.A. The Russian model of alcohol consumption: features and impact on population mortality. *Nauchnye vedomosti BelGU. Ser. Filosofiya. Sociologiya. Pravo*. 2018; 43(1): 28-36. <https://doi.org/10.18413/2075-4566-2018-43-1-28-36> (in Russian).
7. *Global Health Risks. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. World Health Organization. Geneva, 2009.
8. Salagai O.O., Soshkina K.V., Brun E.A., Kekelidze Z.I., Klimenko T.V., Kobyakova O.S., Khalturina D.A., Zykov V.A. Scientific assessment of the degree of implementation of the state policy on reducing alcohol abuse and prevention of alcoholism among the population of the Russian Federation for the period up to 2020. *Obshchestvennoe zdorov'e*. 2021; 1(2):7-11. <https://doi.org/10.21045/2782-1676-2021-1-2-5-19> (in Russian).
9. Kuznetsova P.O. Alcohol mortality in Russia: assessment using representative survey data. *Naselenie i ekonomika*. 2020; 4(3): 75-95 (in Russian).
10. WHO (2016). *Uspekhi i upushchennye vozmozhnosti obshchestvennogo zdoravoohraneniya: tendencii v potreblenii alkogolya i smertnosti, odnosimoy na schet alkogolya, v Evropejskom regione VOZ, 1990-2014 gg*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
11. Denisova I. Adult mortality in Russia. *Economics of Transition*. 2010; 18(2): 333-63.
12. Zaridze D., Lewington S., Boroda A., Scelo G., Karpov R., Lazarev A., Sherliker P. Alcohol and mortality in Russia: prospective observational study of 151 000 adults. *The Lancet*. 2014; 383(9927): 1465-73.
13. Brun E.A., Letnikova L.I., Evdokimov A.Yu., Shevtsova Yu.B., Scriabin V.Yu. On monitoring of population mortality related to the use of psychoactive substances. *Public health*. 2021; 1(1): 44-55. <https://doi.org/10.21045/2782-1676-2021-1-1-44-55>
14. Hoards S.Y., Konobeevsky I.N., Karpov P.C. Alcohol and premature mortality of the population of the Tomsk region. *Byulleten' sibirskoj mediciny*. 2010; 1: 126-9 (in Russian).
15. Kaigorodova T.V., Kryukova I.A. The influence of alcohol abuse on the development of non-communicable diseases (analytical review). *Obshchestvennoe zdorov'e*. 2021; 1(2): 7-11. <https://doi.org/10.21045/2782-1676-2021-1-2-48-61> (in Russian).
16. Global Strategy for Reducing Harmful Alcohol Consumption. World Health Organization. Geneva; 2010. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44395/9789241599931_rus.pdf (in Russian).
17. The order of the Ministry of Health of the Russian Federation dated 15.01.2020 No. 8, approved the "Strategy for the formation of a healthy lifestyle of the population, prevention and control of non-communicable diseases for the period up to 2025" (in Russian)
18. Nemtsov A.V., Terekhin A.T. The size and diagnostic composition of alcohol mortality in Russia. *Narkologiya*. 2007; 12: 87-93 (in Russian).
19. Koshkina E.A., Kirzhanova V.V. Problems of the prevalence of addiction diseases and the main directions of improving drug treatment in Russia. *Voprosy narkologii*. 2013; 6: 10-26 (in Russian).
20. Costanzo S., Di Castelnuovo A., Donati M.B. et al. Alcohol consumption and mortality in patients with cardiovascular disease: a meta-analysis. *J. Am. Coll. Cardiol*. 2010; 55(13): 1339-47.
21. Ostroumova O.D. Alcohol: friend or foe? *Effektivnaya farmakoterapiya*. 2013; 49: 8-12 (in Russian).
22. Mancia G., Fagard R., Narkiewicz K. et al. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC) // *J. Hypertens*. 2013; 31(7): 1281-357.
23. Matsumoto S., Miedema M.D., Ofman P. et al. An expanding knowledge of the mechanisms and effects of alcohol consumption on cardiovascular disease. *JCRP*. 2014; 34(3): 159-71 (in Russian).
24. *Manual of hypertension*. edited by I.E. Chazova, I.E. Chasovoj. M. media-medika. 2005; P. 573-4.
25. Health statistics and information systems. Causes of mortality. WHO regions — WHO data — http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en (accessed 23.07.2021) (in Russian).
26. Hillbom M., Numminen H., Juvela S. Recent heavy drinking of alcohol and embolic stroke. *Stroke*. 1999; 30(11): 2307-12.
27. Klatsky A.L., Armstrong M.A., Friedman G.D., Sidney S. Alcohol drinking and risk of hemorrhagic stroke. *Neuroepidemiology*. 2002; 21(3): 115-22.
28. Reynolds K., Lewis B., Nolen J.D. et al. Alcohol consumption and risk of stroke: a meta-analysis. *JAMA*. 2003; 289(5): 579-88.
29. Rehm J., Samokhvalov A.V., Shield K.D. Global burden of alcoholic liver diseases. *J. Hepatol*. 2013; 59: 160-8.
30. Polunina T.E., Mayev I.V. Alcoholic liver damage. *Medicinskij sovet*. 2009; 1(11): 11-9 (in Russian).
31. 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; 29: 437-45.
32. 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; 16: 193-201.
33. Luzhnikov E.A. *Alcohol abuse in Russia and public health. Acute poisoning with ethyl alcohol and its surrogates. Somatic pathology in chronic alcohol intoxication*. M. RAOZ; 2000: 53-61 (in Russian).
34. Drobot N.N., Shevchenko N.P., Kondratieva E.G., Igoshkina A. Ya., Chernolyasova I.N. Pulmonary tuberculosis in patients with alcohol and drug addiction. *Sovremennye naukoymkie tekhnologii*. 2012; 8: 20-1 (in Russian).
35. Sidorov P.I., Soloviev A.G., Elistratova T.V. Neurophysiological features of epileptic syndrome of alcoholic genesis. *Narkologiya*. 2007; 9: 25-31 (in Russian).
36. Andreeva I.V., Slutskin E.V. Neuropsychological deficit in the structure of alcoholic personality changes. *Narkologiya*. 2005; 10: 45-9 (in Russian).
37. Sholokhova V.R., Kolesnichenko A.A., Minaeva O.V. The nature of damage to the visual analyzer during alcohol intoxication. *Medicina i zdavoohranenie*. In: *Materials of the VI International Scientific Conference (Kazan, March 2018)*. — Kazan: Young Scientist, 2018: 41-44. <https://moluch.ru/conf/med/archive/303/13833/> (accessed: 09/21/2021).
38. 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, Public Health. 2021: 1(2): 59 International ASPECTS 2012. <http://monographs.iarc.fr/>

- ENG/Monographs/vol100E/mono100E.pdf
39. Sustainable development goals: 17 goals to transform our world. — United Nations, New York. 2016. <https://www.un.org/sustainabledevelopment>
 40. Razvodovsky Yu.E. Alcohol and mortality from malignant neoplasms in Belarus. *Narkologiya*. 2007; 12: 38–40 (in Russian).
 41. Roerecke M., Rehm J. Alcohol use disorders and mortality: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*. 2013; 108(9): 1562–78. <https://doi.org/10.1111/add.12231>
 42. Roerecke M., Rehm J. Cause-specific mortality risk in alcohol use disorder treatment patients: a systematic review and meta-analysis. *Int. J. Epidemiol.* 2014; 43(4): 1314–27. <https://doi.org/10.1093/ije/dyu043>
 43. Alcohol in the European Union. Consumption, harm and policy approaches. / Ed. by Anderson P., Möller L., Galea G. — WHO Regional Office for Europe. Copenhagen; 2012. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/160680/e96457.pdf
 44. Makolkin V.I., Makhov V.M., Lesions of the gastrointestinal tract in alcoholism. *Ref. sb. «Novosti nauki»*. Seriya «Medicina». Vyp. «Alkohol'naya bolezni» 1997; 12: 1–4 (in Russian).
 45. Keng S.-H., Huffman W.E. Binge drinking and labor market success: a longitudinal study on young people. *Journal of Population Economics*. 2007; 20(1): 35–54.
 46. Mullahy J., Sindelar J.L. Health, income, and risk aversion: assessing some welfare costs of alcoholism and poor health. *Journal of Human Resources*. 1995; 30(3): 439–59.
 47. Johansson E. et al. The association of alcohol dependency with employment probability: evidence from the population survey "Health 2000 in Finland". *Health Economics*. 2007; 16(7): 739–54.
 48. Thompson A., Pirmohamed M. Associations between occupation and heavy alcohol consumption in UK adults aged 40–69 years: a cross-sectional study using the UK Biobank. *BMC Public Health*. 2021; 21: 190.
 49. Workplace stress: A collective challenge ISBN: 978-92-2-130641-2 (print). https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_466547.pdf
 50. Virtanen M. Long working hours and alcohol use: systematic review and meta-analysis of published studies and unpublished individual participant data. *British Medical Journal*. 2015; 350: g7772.
 51. Marchand A. Alcohol use and misuse: what are the contributions of occupation and work organization conditions? *BMC Public Health*. 2008; 8: 333.
 52. Head J., Stansfeld S., Siegrist J. The psychosocial work environment and alcohol dependence: a prospective study. *Occupational and Environmental Medicine*. 2004; 61(3): 219–24.
 53. Sirota N.A., Yaltonskiy V.M. Application and implementation of rehabilitation and prevention programs of dependent behavior as an urgent task of Russian clinical psychology. *Medicinskaya psihologiya v Rossii: elektron. nauch. zhurn.* 2012; 2. <http://medpsy.ru> (accessed: 09/21/2021) (in Russian).
 54. Razvedovsky Yu.E. *Alkohol' i stress*. *Medicinskie novosti*. 2006; 10: 18–22 (in Russian).
 55. WHO Library Cataloguing in Publication Data Mental health: facing the challenges, building solutions: report from the WHO European Ministerial Conference, 2005, ISBN 92 890 4377 6 (NLM Classification: WM 105).
 56. Public Chamber of the Russian Federation Commission on Social and Demographic Policy Public Council of the Central Federal District "Alcohol abuse in the Russian Federation: socio-economic consequences and counteraction measures". The report was approved by the Council of the Public Chamber of the Russian Federation on May 13, 2009 (in Russian).
 57. Gastfriend D.R., Garbutt J.C., Pettinati H.M., Forman R.F. Reduction in heavy drinking as a treatment outcome in alcohol dependence. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2007; 33(1): 71–80.
 58. Koshkina E.A., Pavlovskaya N.I., Yagudina R.I., Kulikov A.Yu., Usenko K.Yu. Medical, social and economic consequences of alcohol abuse in the Russian Federation. *Mediko-social'nye i ekonomicheskie posledstviya zloupotrebleniya alkogolem v Rossijskoj Federacii*. 2010; 2(14): 1–12 (in Russian).
 59. Kolosnitsyna M.G., Dubynina A.I. Anti-alcohol policy in modern Russia: directions of development and support of the population. *Zhurnal Novoj ekonomicheskoy associacii*. 2019; 2(42): 94–120 (in Russian).
 60. International Labour Organization. Labor protection in figures and facts. *Ohrana truda v cifrah i faktah. Napravleniya sovershenstvovaniya global'noj kul'tury ohrany truda*. Moscow; 2003 (in Russian)
 61. Kaigorodova T.V., Kulikov A.A. Approaches of the World Health Organization to combat alcohol abuse. *Social'nye aspekty zdorov'ya naseleniya*. 2010; 2(14) (in Russian).
 62. *Komitet ekspertov VOZ po problemam, svyazannym s potrebleniem alkogolya*. WHO. Geneva; 2007 (in Russian).
 63. Probst C., Rehm J. Alcohol use, opioid overdose and socioeconomic status in Canada: a threat to life expectancy? *Can. Med. Assoc. J.* 2018; 190: E1294–E1295. <https://doi.org/10.1503/cmaj.10806>
 64. Kristen A. Ogilvie A. Unintended consequences of local alcohol restrictions in rural Alaska. *J. Ethn. Subst. Abuse*. 2018; 17(1): 16–31. <https://doi.org/10.1080/15332640.2017.1362728>
 65. Gaponova E.A., Petrachkov I.V., Ginoyan A.B., Ulumbekova G.E. Experience of developed countries in the field of alcohol policy. *ORGZDRAV: novosti, mneniya, obuchenie. Vestnik VSHOUZ*. 2020; 6(1): 44–57. <https://doi.org/10.24411/2411-8621-2020-11004> (in Russian).
 66. Pereverzev V.A. Fatigue and mental performance of people who use and do not use alcohol. *Zdravooohranenie*. 2014; 3: 19–26 (in Russian).
 67. Organization of work on the prevention of alcohol abuse by employees of enterprises. Generalized analysis of secondary data, the results of personal interviews with business leaders and focus groups with employees. Moskva; 2013–2014. <http://trudizdorovie.ru/practice/Pr-AIPM.pdf> (in Russian).
 68. Smyshlyayev A.V., Melnikov Y.Y., Evdakov V.A. Issues in the management of the prevention of alcohol addiction. *Sovremennyye problemy zdavooohraneniya i medicinskoj statistiki*. 2017; 3: 52–61 (in Russian).
 69. Intersectoral program of disease prevention and health promotion of employees of enterprises "Health 360" Version two supplemented, Moskva, 2015 (in Russian).
 70. Kudashev A.R. The current state of corporate anti-alcohol programs in Russian companies. *Materials of the V All-Russian Congress "Profession and Health". October 30 – November 2, 2006*. Moscow: 2006: 427–8 (in Russian).
 71. Kudashev A.R. The way to reduce the risk factor of industrial accidents and environmental disasters. *Bashkir Ecological Bulletin* 2007; 1: 21–5 (in Russian).
 72. Salagai O.O., Brun E.A., Bukhtiyarov I.V., Kuzmina L.P., Vlasovskikh R.V., Kolyaskina M.M., Petukhov A.E. Methodological approaches to identifying markers of alcohol abuse in workers according to medical examinations. *Med. truda i prom. ekol.* 2021; 2: 72–5 (in Russian).
 73. Federal project "Strengthening public health". <https://www.rosminzdrav.ru/poleznye-resursy/natsproektzdravooohranenie/zozh> (in Russian).
 74. Guidelines for the implementation of the model corporate program "Strengthening the health of workers". M.; 2020 (in Russian).