

МЕЖДУНАРОДНАЯ АКАДЕМИЯ ТРЕЗВОСТИ



СОБРИОЛОГИЯ

2015, №3

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР
Ю.Е. Разводовский

ПРЕДСЕДАТЕЛЬ
РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ
А.Н. Маюров

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ
Башарин К.Г., д.м.н., профессор,
академик (Якутск).

Бондаренко В.А.
академик (Краснодар).

Григорьев Г.И., д.м.н.,
профессор, академик (С.-
Петербург).

Губочкин П.И., к.псих.н., член-
корр. МАПН (Ярославль).

Демин А.К., доктор политологии,
профессор (Москва).

Евдокимова С.Л., профессор
(Астана).

Жданов В.Г., к.ф.-м.н., профессор
(Москва).

Искаков Б.И., д.э.н., профессор,
академик (Москва).

Карпов А.М., д.м.н., профессор,
академик (Казань).

Кривоногов В.П., д.и.н.,
профессор, академик
(Красноярск).

Куркин В.В., профессор
(Краснодарский край).

Кутепов В.И., академик
(Москва).

Маюров А.Н., д.п.н., профессор,
академик (Нижний
Новгород).

Толкачев В.А., академик
(Минск).

Чекаускас А., профессор,
академик (Вильнюс).

СОДЕРЖАНИЕ

ТРЕЗВЕННИЧЕСКАЯ ПОЛИТИКА А.Н. Маюров	3
БОРЬБЫ С АЛКОГОЛИЗМОМ ИЛИ УТВЕРЖДАТЬ ТРЕЗВОСТЬ? В.П. Кривоногов	22
ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ УГЛОВСКИХ ЧТЕНИЙ СРЕДИ СТУДЕНТОВ ПЕРВОКУРСНИКОВ СВФУ К.Г. Башарин, З.К. Башарина, Ю.И. Жегусов.....	24
АЛКОГОЛЬНАЯ ПОЛИТИКА УКРАИНЫ Ю.В. Латыш, О.В. Чеберяко.....	28
ГОСУДАРСТВЕННАЯ АНТИАЛКОГОЛЬНАЯ, АНТИНАРКОТИЧЕСКАЯ И АНТИТАБАЧНАЯ ПОЛИТИКА В БЕЛАРУСИ Ю.Е. Разводовский	32
ТАБАК И АЛКОГОЛЬ КАК ФАКТОРЫ РОЖДЕНИЯ НЕПОЛНОЦЕННОГО ПОТОМСТВА И.В. Николаев	39
ПРОБЛЕМА ТАБАКОКУРЕНИЯ В БЕЛАРУСИ Ю.Е. Разводовский	47
ДОВЖЕНКО АЛЕКСАНДР РОМАНОВИЧ – НАРОДНЫЙ ВРАЧ СССР В.А. Андреев	54
АЛКОГОЛЬНАЯ СИТУАЦИЯ В РОССИИ И ЕЕ ОТРАЖЕНИЕ В КРИВОМ ЗЕРКАЛЕ Немцов А.В., Разводовский Ю.Е.	70
ТРЕЗВАЯ И ЗДОРОВАЯ РОССИЯ СТАНЕТ ВЕЛИКОЙ П. Тулаев	74

ТРЕЗВЕННИЧЕСКАЯ ПОЛИТИКА

А.Н. Маюров

Международная Академия Трезвости, Нижний Новгород

Трезвенническая политика - комплекс мер, направленных на контроль и ликвидацию предложения и/или воздействие на спрос на алкогольные, табачные и другие наркотические изделия среди населения /обычно страны/, включая образовательные и лечебные программы, контроль над алкоголем, табаком и другими интоксикантами, включая снижение потребления до нуля, стратегии формирования здоровой, трезвой личности и т.д., подразумевающая необходимость координации усилий правительства с точки зрения общественного здоровья и/или общественного порядка. Этот термин возник в Скандинавских странах и широко распространился с 1960-х годов в мире.

Политика отрезвления – комплекс мер, направленных на ограничение, а в конечном итоге – на ликвидацию производства и продажи табака, алкоголя и других токсических веществ, на мотивацию людей жить трезво, т.е. на сознательный и принудительный отказ людей от табака, алкоголя и других интоксикантов.

Несмотря на широкую дискуссию в российской печати о том, что пора уже выработать трезвенническую политику, её пока так и нет на государственном уровне. Бывший заместитель министра здравоохранения и социального развития Геннадий Онищенко однажды заявил: «Нужна государственная алкогольная политика в стране» (1). Конечно, лучше бы её назвать «антиалкогольной политикой», а ещё лучше – политикой трезвости или трезвеннической политикой.

Цель трезвеннической политики – полное решение табачной, алкогольной и другой наркотической проблемы (то есть полная ликвидация производства, продажи и потребления табака, алкоголя и других интоксикантов) в стране и ликвидация негативных социально-экономических, нравственных, духовных и медицинских последствий употребления алкоголя, воспитание нового трезвого поколения.

Глубинная суть проводимых социально-экономических псевдореформ в России: включение России в мировую экономику и «новый мировой порядок» по планам проалкогольной, протабачной и пронаркотической мировой закулисы, что объективно возможно сделать, только расчленив страну на десяток псевдонезависимых государств, установив полный контроль над нашими ресурсами и сократив население России до 15 млн. человек [2]. По существу, речь идет об уничтожении России, русского и всех других коренных народов Отечества.

Далее процитируем несколько выдержек из директив, доктрин, установок и законов, направленных на уничтожение СССР и России, авторами которых являлись якобы США, а на самом деле лидеры мирового правительства, люто ненавидящие Россию. Начнем с директивы Совета национальной безопасности США 20/1 от 18 августа 1948 года. В этой директиве рассматривались варианты уничтожения коммунистического режима в странах социалистического лагеря и в первую очередь в СССР, который западные аналитики называли Россией. Ключевые отрывки ниже процитируем: «Соответственно можно констатировать, что наша первая цель в отношении России в мирное время состоит в том, чтобы содействовать и поощрять невоенными средствами постепенное сокращение несоразмерной российской мощи и влияния в нынешней зоне сателлитов и выхода восточноевропейских стран на международную сцену в качестве независимого фактора...» [3].

Из выше изложенного становится ясно, что стояло за развалом СССР и уничтожением социалистической системы, а так же почему после этого Россия оказалась в столь критическом положении. Далее процитируем еще несколько выдержек из других директив,

циркуляров и проектов, где затронутая тема получила продолжение. К примеру, директива СНБ-68, подписанная президентом Трумэнном 7 апреля 1950 года, предписывала: «Нам нужно вести открытую психологическую войну с целью вызвать массовое предательство... сеять семена разрушения... усилить позитивные и своевременные меры и операции тайными средствами в области экономической, политической и психологической войны с целью вызвать и поддержать волнения... чтобы вызвать коренные изменения в характере советской системы...» [4].

Закон США «О порабощенных нациях» «PL 86-90» от 17 октября 1959 года. Был принят Сенатом и Палатой Представителей США, и одобрен президентом Эйзенхауэром. В соответствии с этим законом США напрямую связывали стратегические перспективы своей национальной безопасности с необходимостью развала СССР и России на десятки независимых государств. В законе «О порабощенных нациях», говорилось, что имперская политика коммунистической России привела, путём прямой и косвенной агрессии, к порабощению Польши, Венгрии, Чехословакии, Румынии, Восточной Германии, Болгарии, Китая, Литвы, Латвии, Эстонии, Белоруссии, Украины, Армении, Азербайджана, Грузии, Северной Кореи, Албании, Идель-Урала, Тибета, Казакии, Туркестана, Северного Вьетнама и других стран. Этот Закон предусматривал расчленение СССР на 22 государства под предлогом борьбы с коммунизмом и освобождения порабощённых народов. Авторы P.L. 86-90, отождествляли Россию и русскую нацию с коммунистическим строем, и обвиняли русских людей в захвате и порабощении иных стран и народов. Причём в эти списки попали даже неотъемлемые части государства Российского [5].

Джон Кеннеди, при вступлении на пост президента США в 1961 году к этому добавил: «Мы не можем победить Советский Союз в обычной войне. Это неприступная крепость. Мы можем победить Советский Союз только другими методами: идеологическими, психологическими, пропагандой, экономикой» [6].

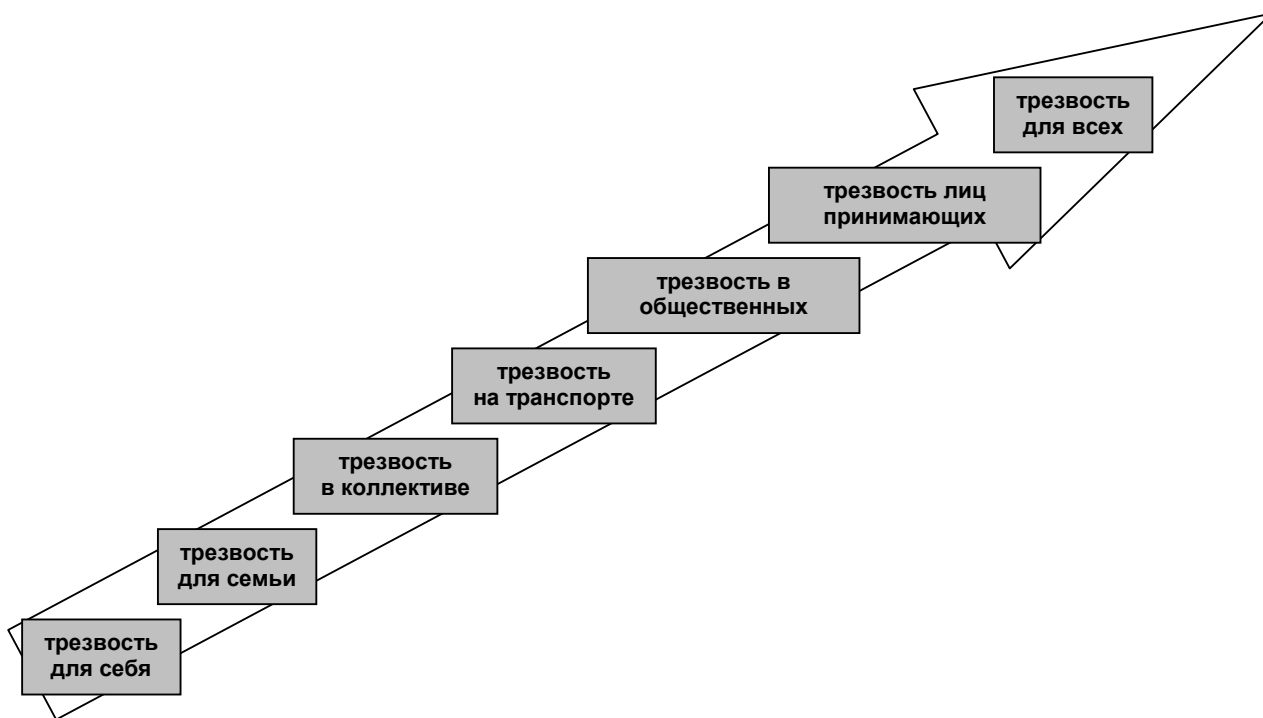
Одним из основных инструментов физического уничтожения народов, населяющих Россию, подрыва их интеллектуально-творческого, духовно-нравственного потенциала является алкоголизация и наркотизация населения, по сути, развертывание алкогольно-наркотического террора против жителей нашей страны [7].

Стратегическая цель движения: полное отрезвление всего народа, сохранение России как самобытной региональной цивилизации. Восстановление ее статуса мировой державы возможно только на основе отрезвления народа, в первую очередь его наиболее социально активной части – молодежи.

Отрезвление страны есть фундамент духовного, нравственного, экономического и демографического возрождения России.

ТОЛЬКО ТРЕЗВАЯ РОССИЯ СТАНЕТ ВЕЛИКОЙ!

Основной стратегической целью государственной антиалкогольной политики России является: трезвость народа, которая достигается поэтапно по двум направлениям (против доступности и против питейной запрограммированности):



Стратегические задачи трезвеннической политики: расширение социального слоя сознательных трезвенников; принятие законов, обеспечивающих в России трезвость народа; информационная подготовка общества к формированию трезвых убеждений и к трезвой политике государства. Среди тактических задач одним из первых является организационное строительство трезвеннического движения.



С целью расширения социального слоя сознательных трезвенников необходимо:

1. Пропагандировать своим собственным примером трезвый, здоровый образ жизни, делать его привлекательным для самых широких слоев населения;
2. Считать приоритетными для работы по формированию трезвых убеждений следующие социальные группы:

- подрастающее поколение, учащиеся школ и других учебных заведений;
 - лиц, принимающих решения: руководителей всех уровней, депутатский корпус;
 - сотрудников средств массовой информации;
 - работников системы образования;
 - актив политических партий и общественных движений [8];
3. Эффективно сочетать методы информационно-психологического воздействия ("шоковая терапия") и проведения курсов избавления от зависимостей по психолого-педагогическому методу Г.А. Шичко [9].

С целью законодательного обеспечения трезвости народа реализовать «Программу первоочередных мер государственной трезвеннической политики» на федеральном, региональном и местном уровнях:

1. Принять Программу на рассмотрение в законодательные органы федерального, регионального и местного уровня;
2. Добиваться поддержки в реализации Программы политическими партиями, общественными организациями и движениями.

С целью информационной подготовки общества к формированию трезвых убеждений:

1. Нарращивать издание и распространение научных, методических и популярных пропагандистских материалов, в первую очередь с использованием современных форм представления информации: интернет, CD/DVD, видео, телевидение, радио и т.д.
2. Развивать систему постоянного информационного обмена пропагандистскими материалами между структурами трезвеннического движения в рамках проекта "Электронная трезвая Россия";
3. Формировать архив научных, методических, исторических информационных материалов для широкого практического использования.

С целью организационного строительства трезвеннического движения вести планомерную работу по консолидации в рамках российского общественного движения "Трезвая Россия", деятельности самых различных общественных объединений, государственных и коммерческих структур, отдельных граждан, разделяющих настоящие стратегические цели вне зависимости от их политических взглядов, национальной или конфессиональной принадлежности.

Исходным положением в оценке существа проблемы потребления табака, алкоголя и других интоксикантов должно стать ее понимание как высоко социально значимой, системной, многоуровневой и многоаспектной проблемы, в центре которой находится трезвая, здоровая личность, взаимодействующая с социальной средой. Защита личности от негативных влияний, формирующих у нее зависимость от табака, алкоголя и других наркотиков, обеспечивается воздействием средовых факторов разного уровня: семьи, малых неформальных групп, коллективов, других различных социальных институтов, движением за здоровый, трезвый образ жизни, отрезвление общества в целом. Объектом защиты должны явиться не только и не столько страдающие алкоголизмом или члены их семей, но и все граждане, так или иначе страдающие от негативных последствий одурманивания табаком, алкоголем и другими интоксикантами, а главное - подрастающее поколение, творческая интеллигенция и лица, принимающие государственные решения.



Признание приоритета трезвой личности, защита трезвеннических прав граждан и интересы государства по отрезвлению народа являются важнейшими принципами трезвеннической политики.

Среди принципов трезвеннической политики выделим:

1. **Принцип гуманизма:** ориентирует всю политическую деятельность государства в защиту трезвого человека как высшую социальную ценность, цель общественного развития, критерий оценки всех сфер жизни.

2. **Принцип патриотизма:** ориентирован на уважение к отечественному трезвенническому потенциалу и его умножение, опору на собственный трезвенный опыт, в частности своего субъекта федерации РФ.

3. **Принцип научности:** ориентирован на учет новых научных собриологических достижений в разных отраслях знаний. Неприемлем и бездумный метод проб и ошибок, который порождает блуждание в лабиринте тупиковых вариантов. Только научно обоснованные трезвеннические программы и разработки способны эффективно решать проблемы наркотизма.

4. **Принцип комплексности:** нацеливает на понимание трезвости всего общества, всего населения, всего государства как целостного социального организма, в котором существует взаимосвязь множества составляющих подсистем.

5. **Принцип государственности:** нацелен на признание значимости государства в вопросах противостояния наркотизму и формирования здорового, трезвого образа жизни у населения.

6. **Принцип системности:** предполагает:

- а) разработку программных трезвеннических профилактических мероприятий на основе системного анализа актуальной социальной, трезвеннической и наркотической ситуации в стране или регионе;
- б) системную организацию трезвеннической профилактической деятельности.

7. **Принцип стратегической целостности:** означает четкое определение единой долгосрочной стратегии трезвеннической профилактической деятельности, из которой вытекают как основные стратегические ее направления, так и конкретные тактические решения, в том числе отдельные целевые мероприятия и акции по отрезвлению страны, региона, конкретного человека.

8. **Принцип многоаспектности:** ориентирует на обязательное сочетание различных аспектов профилактической трезвеннической деятельности: лично-центрированного, поведенчески-центрированного и средо-центрированного. Лично-центрированный аспект предполагает действия, направленные на позитивное развитие трезвеннических ресурсов личности; поведенчески-центрированный аспект – целенаправленное

формирование у личности прочных трезвенных навыков и стратегий стресс-преодолевающего поведения; средо-центрированный аспект – активное формирование эффективных трезвенных систем социальной поддержки, - в том числе в рамках так называемого Единого территориального превентивного и реабилитационного пространства.

9. Принцип ситуационной адекватности в трезвеннической политике: означает ее максимальное соответствие реальной социально-экономической и собриологической ситуации (на территориальном, локальном уровне). Для его обеспечения необходим постоянный мониторинг этой ситуации и контроль за результатами целевой трезвеннической деятельности.

10. Принцип континуальности: предполагает обеспечение непрерывности, целостности, динамичности, постоянного развития и усовершенствования процесса профилактической трезвеннической деятельности.

11. Принцип солидарности: означает солидарное межведомственное взаимодействие и взаимодействие между государственными, общественными, частными структурами в трезвеннической сфере с использованием системы государственных социальных заказов.

12. Принцип легитимности: предполагает реализацию целевой собриологической деятельности только на основе принятия ее трезвеннической идеологии и доверительной поддержки большинством населения.

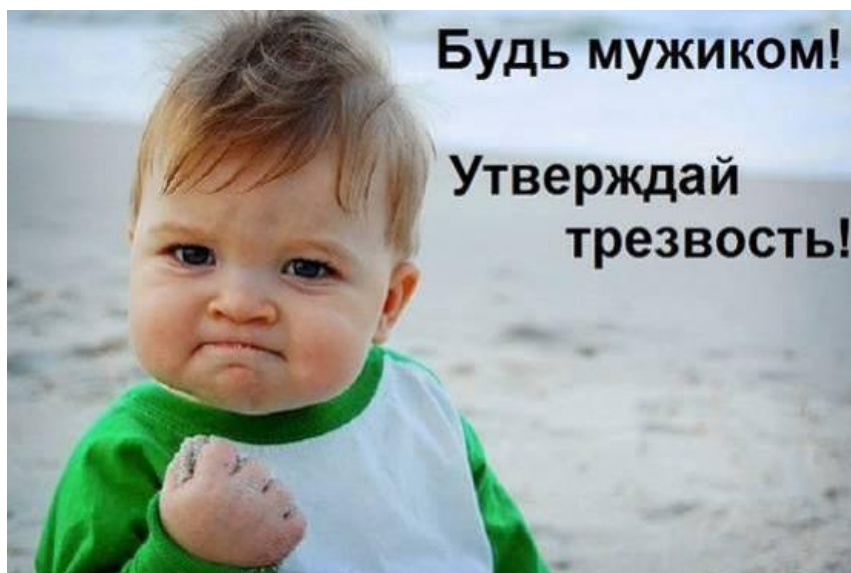
13. Принцип полимодальности и максимальной дифференциации: ориентирует на гибкое применение в профилактической трезвеннической деятельности самых различных подходов и методов работы с их необходимой дифференциацией в возрастном, половом и контингентном плане.

14. Принцип демократичности: отказ от командно-директивной системы управления, которая сковывает трезвенническую деятельность. Здесь необходимо гармонично применять принцип «запрет плюс отказ».

Потребление алкоголя вызывает многочисленные негативные социальные и медицинские последствия, приводит к физической и нравственной деградации человека. Все это предопределяет необходимость проведения гибкой, но твердой, направленной на полное отрезвление общества, трезвеннической политики, предусматривающей широкий спектр разнообразных по содержанию и направленности мероприятий.

Корень проблемы заключается в том, что модель трезвенника для многих людей и модель «культурно» пьющего сильно отличаются. Вероятно, статистика «портится» и тем, что среди многих непьющих людей большая часть не пьёт, имея уже хронические зависимости и различные заболевания. Решением данной проблемы может быть комплексное и всеобщее изменение традиций в обществе, которые позволяли бы всем слоям общества, безусловно, повышать свой уровень жизни, отказавшись от алкоголя.

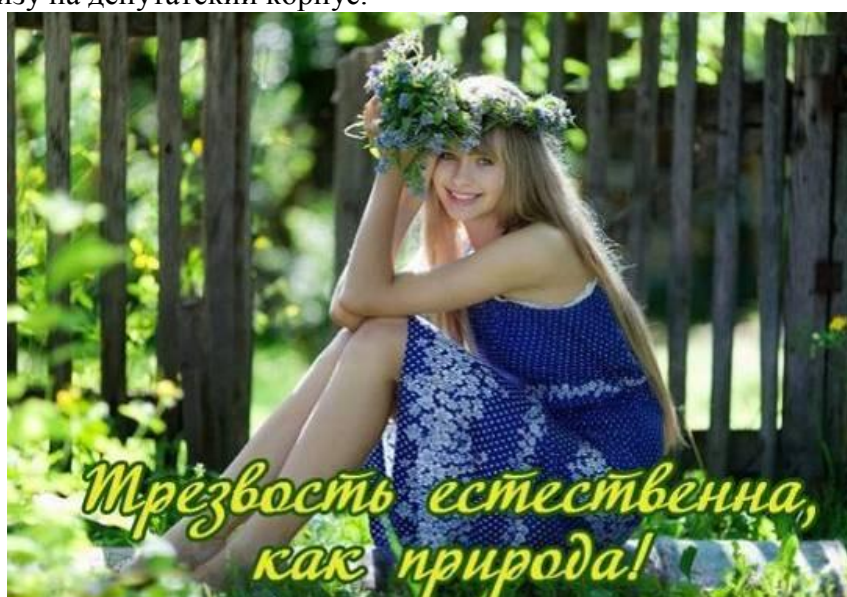
Среди методов, дающих наиболее быстрый отклик, выраженный в ликвидации потребления алкоголя, является снижение доступности: резкое повышение цен на алкоголь, системное уменьшение количества заводов и точек по производству и продаже алкоголя в перспективе - вплоть до нуля. Ограничение доступности даёт самый быстрый отклик, но эта мера в отдельности является менее надёжной, т.к. слабо меняет убеждение людей. Конечно, ограничение доступности само по себе играет позитивную роль. Оно формирует правильную психологию и показывает, что алкоголь – это не повседневное изделие, а самая настоящая отравка для жизни общества и человека. Прогрессирующее ограничение доступности на уже подготовленной почве (наличие трезвенной субкультуры, распространённость лекций и бесед об алкоголе, переориентация СМИ с «культуры» питья на культуру трезвости и т.п.) может вовсе вытеснить алкогольные традиции, но для этого нужен не один год. Кроме того, важно не только ввести закон трезвости, но ещё важнее и сложнее его сохранить на вечные времена.



Эффективная политика отрезвления должна быть направлена, как на сознание людей, так и на сферу их мотивации и поведения. Мерами по изменению убеждений являются:

- Системные лекции, беседы, курс занятий по теме трезвого образа жизни, здоровья с акцентом на социальную составляющую;
- Активная наглядная эмоциональная социальная реклама по вопросам трезвости через видео – ролики, документальные, научно-популярные и художественные фильмы;
- Превращение движения «Общее дело» в по-настоящему общее дело всего народа;
- Вовлечение молодёжи в процесс отрезвления (проведение конференций, конкурсов плакатов, рефератов, других работ, участие молодёжи в пикетах, демонстрациях);
- Пропаганда альтернативного пьяному трезвого образа жизни. Имеется в виду - широкая демонстрация поведения свободного от табака и алкоголя в кино, книгах, на телевидении, радио, интернете, других средствах массовой коммуникации.

Методы, изменяющие убеждение опосредовано будут влиять и на законодательную инициативу. Дело в том, что порой для изменения законов, во-первых, не хватает давления снизу, а во-вторых, не хватает людей, готовых это давление реализовать законодательным путём. То есть, вложение государственных средств в антиалкогольное просвещение и снижение доступности инициируется общественным мнением с помощью людей, стоящих в «верхах» и озабоченных алкогольной проблемой. Чтобы законодательную инициативу реализовать, нужно создавать в обществе системное давление и последовательное воздействие снизу на депутатский корпус.



Проводя политику трезвости именно этим путём, мы предупреждаем ошибки прошлого, например, антиалкогольной кампании 1985-1987 годов. Снижение доступности в те годы спровоцировало снижение проблем, связанных с алкоголем (смертность, травматизм, заболеваемость и т.д.), но не изменило убеждений и поэтому при увеличении доступности все проблемы связанные с алкоголем вернулись назад. Сильно усугубило ситуацию и повсеместное внедрение проалкогольных убеждений. Целесообразно же проводить не импульсивную политику, а методично вырабатывать весь комплекс трезвеннических мер, с помощью которых люди сами выбирали бы трезвый образ жизни.

Абсолютная реальность в обозримой перспективе полного вытеснения алкоголя из жизни российского населения требует **официального признания обществом и государством принципа трезвости** как основополагающего в разработке программы преодоления табачной, алкогольной и другой наркотической беды и организации работы по ее претворению в жизнь.

Государство и общество, в лице его институтов, осуждают и пресекают любые формы употребления алкоголя и обязаны принимать необходимые меры общественного и правового воздействия по их предупреждению.



Трезвенническая политика выступает как неотъемлемая часть общей социальной политики государства, а ее содержание строится на объективном анализе причин и факторов распространения наркотизма как явления и учете реальных условий жизни и возможностей общества, в том числе исконно трезвых народных традиции и обычаев, отрицательного отношения населения к алкоголю. Поэтому работа по разрешению проблемы одурманивания алкоголем не может проводиться в отрыве от улучшения условий жизни людей, повышения их трезвенной культуры и нравственности. Отрезвление – это фундамент всей социальной работы, а не как «полезное приложение».

При осуществлении трезвеннической политики предпочтение должно отдаваться мерам профилактического, предупредительного, культурно-воспитательного и образовательного характера, направленным на системное и осознанное ограничение потребления алкоголя, вплоть до полной трезвости. Опора на системные запреты и жесткий административный контроль, как показал мировой и отечественный опыт, обеспечивает устойчивый успех в

борьбе за трезвость. Проводя трезвенническую политику, стоит учитывать опыт стран, где эта проблема решается успешно (Швеция, Норвегия, Исландия). В таких странах используется так называемая система пресса: снизу меняется убеждение, а сверху реализуется законодательная инициатива. И таким образом «выдавливается» алкогольная проблема из общества [10].

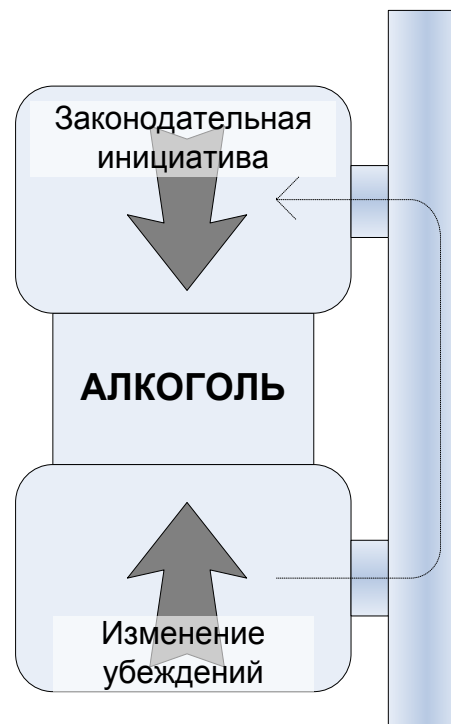
Успех трезвеннической политики обеспечивается созданием в стране широкой социальной системы профилактики любых форм потребления табака, алкоголя, и других интоксикантов, эффективного механизма управления этой системой и координации соответствующей работы различных государственных органов, социальных институтов и общественных организаций.

Успешное осуществление трезвеннической политики государством возможно лишь при условии сознательной и активной ее поддержки широкими слоями населения. Поэтому государство поддерживает участие общественных организаций, объединений, фондов в работе по профилактике наркотизма как явления, осуществляет в этих целях постоянное изучение общественного мнения относительно характера проводимых трезвеннических мероприятий и корректирует свою политику с учетом критических замечаний и предложений населения. Сложнее с этим в том обществе, где общественное мнение – в массе культурпитейное.

Устранение глубинных причин потребления алкоголя – сложный процесс. При формировании стратегии государственной трезвеннической политики должны быть определены наиболее актуальные, приоритетные ее направления:

- 1. Снижение доступности алкоголя вплоть до нуля;**
- 2. Отказ от концепции «культурного» питья;**
- 3. Формирование трезвеннических убеждений у каждого человека.**

Концентрация на них внимания и усилий государства и общества позволит уже в ближайшие годы ослабить остроту алкогольной ситуации, резко снизить уровень антиобщественных проявлений на почве употребления спиртных изделий, курения и потребления других наркотиков, улучшить здоровье населения.

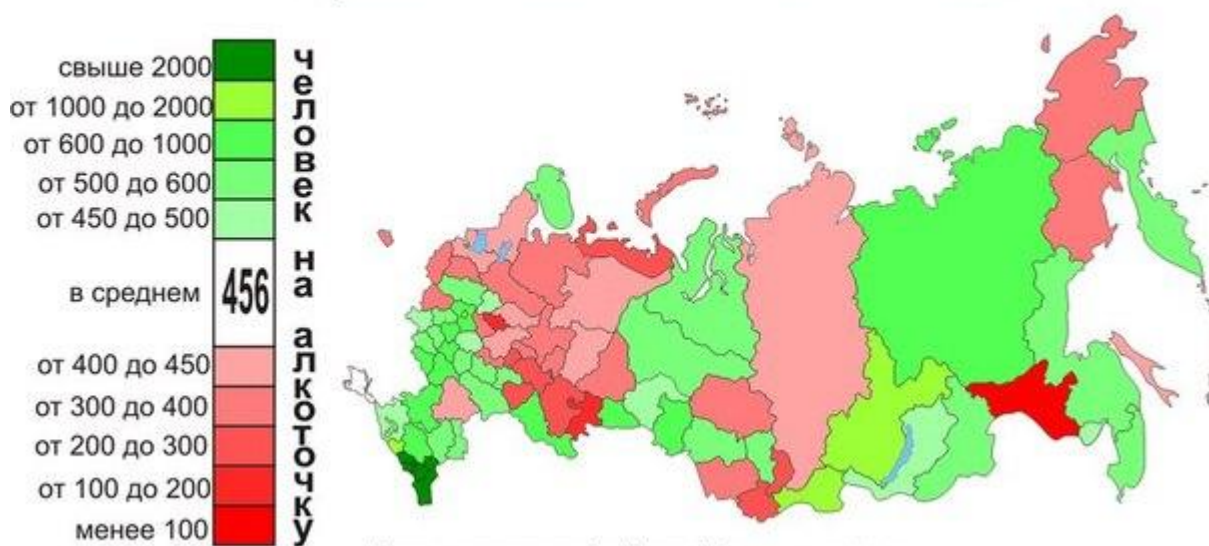


- Обеспечить повсеместный, действенный контроль за соблюдением норм и правил производства и реализации алкогольных изделий в переходный период к полной трезвости. В качестве примера можно взять программу, разработанную движением «Трезвый Урал»;
- Разработать и внедрить систему более жестких мер экономической, административной и уголовной ответственности за нелегальное производство и реализацию спиртных изделий, а также за самогонарение;

2. Формирование атмосферы общественного осуждения потребления алкоголя.

Современная алкогольная ситуация диктует необходимость осуществления мер по радикальному изменению общественного сознания относительно места и роли алкоголя в жизни людей, питейных квази-традиций и извращенных пропитейных обычаев, определяющих алкогольные стереотипы поведения, так и мер по преодолению утвердившейся в обществе в последнее время морально-психологической атмосферы пассивности и равнодушия к проявлениям употребления алкоголя и выработке активной отрицательной позиции всего населения по отношению к употреблению спиртных изделий.

Доступность объектов алкоторговли в субъектах РФ на 2014 год



Карта доступности алкоголя по субъектам РФ.

В решении этой трудной задачи внимание государства, органов культуры и образования, профессиональных и общественных объединений, всех средств массовой информации должно быть сосредоточено, в первую очередь, на настойчивом культивировании тех человеческих ценностей, которые, при условии их реализации, могут способствовать развитию трезвенных, позитивных альтернатив алкогольному потреблению. Следует активизировать работу в этом плане женских и молодежных общественных структур, поддерживать деятельность трезвеннических общественных организаций, взаимодействовать с различными религиозными конфессиями.

Необходимыми условиями успешной реализации этой задачи являются:

- Принципиальное изменение некоторых концептуальных положений, составляющих основу массовой воспитательной, трезвеннической и просветительной работы в этой

области, - в первую очередь: определение четкой позиции общества и государства в отношении исконных традиций народа на трезвость;

- Активная ориентация на абсолютную трезвость всего населения страны и в первую очередь детей и подростков;
- Научное обеспечение содержания и методики ведения работы по целевому трезвенническому просвещению и воспитанию населения, разработка научно обоснованных методов и средств воспитательного воздействия на различные социально-демографические слои и профессиональные группы, значительное повышение компетенции и профессионализма в вопросах профилактики и преодоления потребления любых видов алкоголя, всех, кто призван этим заниматься;
- Создание системы ранней профилактики употребления алкоголя: разработка и внедрение программ обучения навыкам ведения здорового, трезвого образа жизни, целевых программ трезвеннической направленности для детей и подростков с широким использованием в этих целях системы учреждений дошкольного и школьного воспитания – с организацией в них соответствующих психолого-педагогических служб, а также с привлечением к участию в этих программах творческих, спортивных, туристических и других организаций, работающих в области досуга детей и подростков.
- Напрямую привлечение детей и молодёжи в трезвенническую культуру и трезвенническую деятельность. Опосредованная пропаганда через распространение трезвенной атрибутики (значки, футболки), трезвенных плакатов, вовлечение молодёжи в конкурсы плакатов, граффити, песен, клипов на тему трезвости и т.п.

Ограждение подрастающего поколения от алкоголя – основа основ трезвеннической политики государства. От успешности этого процесса во многом будет зависеть эффективность всей работы по профилактике и преодолению наркотизма как явления в стране.

3. Усиление социального контроля за лицами, чье поведение на почве употребления спиртных изделий ведет к нарушениям норм морали и права.

В этой связи представляется целесообразным:

- Коренной пересмотр действующего законодательства об ответственности за административные правонарушения, связанные с алкоголем, и приведение его в соответствие с новыми экономическими и социально-политическими реалиями по полному отрезвлению общества;
- Повышение ответственности администрации на предприятиях различных форм собственности за проведение трезвеннической, профилактической работы с лицами, употребляющими спиртные изделия, организацию системы помощи им на рабочих местах, предусмотрев систему мер, обеспечивающих экономическую заинтересованность предприятий в такой деятельности;



- Проведение в жизнь широкого комплекса социально-правовых мер, ставящих заслон приобщению несовершеннолетних к спиртному, ограждающих молодежь от употребления алкоголя, в том числе – введение более жестких мер ответственности родителей, приобщающих несовершеннолетних к любым формам алкогольного потребления, а также лиц, продающих спиртные изделия несовершеннолетним;
- Жёсткий контроль по применению санкций к лицам, управляющим транспортными средствами в состоянии алкогольного одурманивания, а также обеспечение объективизации экспертизы алкогольного одурманивания и внедрения в практику современных быстродействующих анализаторов алкоголя в выдыхаемом воздухе. Внедрение инновационных систем измерения содержания этанола в воздухе в зданиях и учреждениях, особенно в учебных, лечебных и детских учреждениях



4. Создание эффективной, материально обеспеченной системы освобождения от алкоголизма и проведение медико-социальной реабилитации.

Для этого необходимо:

- Разработать новую концепцию собриологической помощи, предполагающую ее дальнейшую гуманизацию и широкое использование немедицинских (психотерапевтических, психологических, социальных, педагогических) методик работы с зависимыми и созависимыми;
- Разработать и внедрить более эффективные методы оценки и контроля собриологической, педагогической и психологической ситуаций в различных территориях и среди разных групп населения, и создать на их основе специальные социально-оздоровительные программы. Указанные программы должны включать в себя создание служб социально-собриологической помощи населению, организацию сети центров оказания консультативной и практической помощи зависимым и их семьям с участием собриологов, юристов, педагогов, психологов, социальных работников, алкологов, ювенологов и врачей. Основой для разработки системы по освобождению от алкоголизма может служить метод Г.А. Шичко, широко и эффективно применяемый в обществах и клубах трезвости;

- Разработать и реализовать комплекс мер по социальной поддержке лиц, страдающих алкоголизмом, и членов их семей;

Наркологическая, педагогическая и психологическая помощь должна быть многоступенчатой, нацеленной на последовательные процессы первичной профилактики, диагностики, оказания неотложной помощи, избавления, вторичной профилактики (предупреждение и купирование рецидивов у страдающих алкоголизмом), реабилитации. Развитие реабилитационного звена психоаналитической, психологической, собриологической службы способно существенно повысить эффективность ее работы и ее авторитет среди населения.

Социально-собриологическая помощь несовершеннолетним, употребляющим алкоголь и страдающим алкоголизмом, и целенаправленная коррекционная, психологическая, педагогическая и превентивная работа с ними должны всемерно расширяться и специализироваться, осуществляться отдельно от взрослых с привлечением специалистов по детско-подростковой психиатрии, психологии, педагогике, собриологии, соматической патологии.

Следует считать полезным функционирование, наряду с государственными и муниципальными, различных негосударственных структур психологической, педагогической, собриологической и наркологической помощи – при условии их лицензирования, сертификации специалистов и обеспечения строгого контроля за их деятельностью. Вместе с тем должны быть запрещены различные виды целительств, осуществляемые непрофессионалами, основной целью которых является нажива с помощью обмана и шарлатанства.



Крокусы – символ трезвеннического движения.

Трезвенническая политика проводится сейчас почти в 80 странах мира. Это: Албания, Алжир, Бангладеш, Бахрейн, Бруней, Бутан, Египет, Зимбабве, Индия, Индонезия, Иордания, Ирак, Исландия, Йемен, Камбоджа, Катар, Китай, Кувейт, Лаос, Ливан, Ливия, Мавритания, Мадагаскар, Малайзия, Марокко, Мьянма, Непал, Нигерия, Норвегия, Объединенные Арабские Эмираты, Оман, Пакистан, Папуа-Новая Гвинея, Саудовская Аравия, Сирия, Судан, Танзания, Тунис, Туркменистан, Турция, Швеция, Шри-Ланка, Западная Сахара, Мальдивы, Сейшельские острова, Коморские острова, Сомали, Джибути, Эфиопия, Кения, Чад, Нигер, Мали, Сенегал, Гамбия, Гвинея, Гвинея-Бисау, Сьерра-Леоне, Кот-д'Ивуар,

Буркина-Фасо, Гана, Камерун, Центральноафриканская Республика, Сингапур, Восточный Тимор, Таиланд, Палестина, Того, Бенин, Экваториальная Гвинея, Маврикий, Руанда, Бурунди, Замбия, Малави, Свазиленд, Лесото.

Необходимо знать, что 694 народа, населяющие Землю, в подавляющем своём большинстве, ведут здоровый, трезвый образ жизни. Назовем некоторые народы: китайцы – 1, 125 млн.; алжирцы – 22,2 млн.; бенгальцы – 189,2 млн.; бихарцы – 97,6 млн.; вьетнамцы – 62,2 млн.; гуджаратцы - 47 млн.; египтяне - 54,6 млн.; кушиты - 30 млн.; малаяли - 35 млн.; маратхи - 66,5 млн.; ория – 32,3 млн.; панджабцы - 99 млн.; персы -25,9 млн.; сиамцы – 30,1 млн.; сунды - 24,5 млн.; тай - 70 млн.; тамилы - 64,1 млн.; телугу - 74,5 млн.; турки - 53.3 млн.; хауса- 30,8 млн.; хиндустанцы - 245 млн. человек и другие.



На нашей планете приверженцы 416 религий исповедуют трезвение. Среди них: буддизм - 500 млн.; вишнуизм - 506 млн.; амамиты - 140 млн.; индуизм - 793 млн.; ислам - 1. 126 млн.; кальвинизм - 62 млн.; маликиты - 200 млн.; методизм - 60 млн.; новый век - 100 млн.; пятидесятничество - 373 млн. человек и другие. Приятно отметить, что и в недрах Русской православной церкви зародилось и развивается трезвенническое движение – Всероссийское Иоанно-Предтеченское Православное братство «Трезвение». Необходимо представлять себе все семь мировых моделей наркотизации народов и пути преодоления этой беды. К Американской модели мы относим: США, Канаду, Мексику, Великобританию, Германию и другие государства. К Китайской модели: Китай, Вьетнам, Камбоджу, КНДР, Южную Корею и другие страны. К Нидерландской модели: Нидерланды, Бельгию, Данию, Кипр, часть Швейцарии и другие страны и территории. К Арабской модели: страны арабского и мусульманского мира. К Евросредиземноморской модели: Грецию, Италию, Францию, Испанию и другие страны. К Евразийской модели: страны СНГ за исключением Туркменистана. К Скандинавской модели мы относили: Швецию, Норвегию и Исландию. Сегодня, наверное, Швецию придется исключить из этой модели, так как жители страны

стали активно спиваться.

Нам же, после некоторого научно-практического анализа, следует выбрать тот мировой передовой опыт, который работает и, который нам более приемлем.



После 2005 года Россия достигла значительных успехов в снижении смертности. По данным московского демографа, профессора Андрея Витальевича Коротаева с 2005 года по 2013 год смертность сократилась с 2 млн. 304 тыс. до 1 млн. 872 тыс. смертей в год – т.е. стала меньше на 432 тыс. смертей в год. Особенно сильно сократилась смертность от алкогольных отравлений – с 36 тыс. в 2005-м до 9 тыс. 700 в 2013 году. При этом общий коэффициент смертности упал с 16,1‰ (1‰ – 1 промилле: 1/10 процента, 1 тысячная доля чего-либо в целом) до 13,0‰ – т.е. на 3,1‰ – в последние годы это лучший показатель динамики не только среди всех стран Европы, но и среди всех высоко- и среднеразвитых стран всего мира в целом. Достигнуто это снижение было почти исключительно за счёт роста ожидаемой продолжительности жизни россиян. В 2005–2012 годах она выросла на пять лет – с 65,5 до 70,5 года; это снова лучший результат среди всех стран Европы, Америки и Азии. При этом особенно сильно (почти на 6 лет) она выросла среди мужчин. Особенно же сильно (с 467 до 334 – т.е. почти на 30%) сократился стандартизированный коэффициент смертности среди мужчин трудоспособного возраста. И снова – это лучшая динамика среди всех высоко- и среднеразвитых стран мира. Этих впечатляющих результатов России удалось добиться преимущественно за счёт снижения именно алкогольной смертности. Дело в том, что в середине 2000-х годов – на момент начала снижения смертности в России, вызванного введением в 2006 году комплекса антиалкогольных мер, – алкогольная смертность вносила в нашу страну совершенно колоссальный вклад в общую смертность. Подчеркнём, что лишь незначительная часть алкогольной смертности связана с летальными алкогольными отравлениями. Главный свой вклад алкоголь вносит в российскую сверхсмертность другими путями. В России середины 2000-х годов с алкоголем были связаны 19% смертей от сердечно-сосудистых заболеваний (включая инфаркты и инсульты), 61% смертей от внешних причин, включая 67% убийств, 50% самоубийств, 68% смертей от циррозов печени и 60% от панкреатитов.

С алкоголем также связана значительная часть смертей от пневмонии и туберкулёза, так как употребляющие алкоголь чаще заболевают инфекционными заболеваниями и редко

привержены лечению. В Ижевске в 1998–1999 годах среди умерших мужчин 20–55 лет повышенное содержание алкоголя в крови имели 62%. Масштабное исследование в Барнауле за 1990–2004 годы показало, что среди умерших повышенное содержание алкоголя в крови имели 68% мужчин и 61% женщин 15–34 лет, 60% мужчин и 53% женщин 35–69 лет. Примечательно, что снижение смертности в России после 2005 года очень похоже по своей структуре на то снижение, которое наблюдалось в нашей стране во время лигачевско-соломинковской антиалкогольной кампании 1980-х.

В целом исследования показывают, что в России наблюдается чрезвычайно тесная связь между производством этилового спирта и смертностью. Значительный рост производства (и потребления) алкоголя в нашей стране ведёт к немедленному значительному росту смертности – и наоборот. Расчеты, проведённые группой экспертов Института научно-общественной экспертизы Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ и Национального исследовательского Университета «Высшая школа экономики», показали, что системная отмена всего комплекса антиалкогольных мер государственной политики может привести в период до 2030 года к ничем не оправданной смерти пяти с половиной миллионов наших соотечественников.

В послании Федеральному собранию 2014 года Президент России Владимир Путин снова подчеркнул необходимость решения задачи «в ближайшей перспективе увеличить среднюю продолжительность жизни до 74 лет». Однако если здоровым силам не удастся отбить крайне успешно разворачивающееся в последние месяцы наступление алкогольного лобби, то вопрос нужно скорее ставить о том, как бы нам удержать ожидаемую продолжительность жизни россиян от падения к 2018 году до уровня в 66–67 лет (что совершенно уверенно прогнозируется экспертами в случае принятия описанных проалкогольных инициатив).

Предлагаемое В.В. Путиным объявление 2015 года «Национальным годом борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями» может и несколько притормозить этот процесс. Да, в случае материализации этой инициативы (на фоне заливания страны доступным алкоголем) мы можем получить и не 66–67, а 68 лет, но о всяких там мечтах о 74 годах к 2018 году мы должны будем забыть совершенно определённо. Практика показывает, что регулирование алкогольной политики государства необходимо отдать в руки социальному, а не экономическому блоку правительства (как это сделано в скандинавских странах) с лидирующей ролью Минздрава и Роспотребнадзора. Росалкогольрегулирование должно выполнять функцию борьбы с теневым алкоголем, которую оно, как нам кажется, успешно выполняло эти годы. Однако, как показывают последние месяцы, ведомству сложно противостоять атакам алкогольных лоббистов на население – у него нет полномочий по вопросам профилактики заболеваний и смертности, связанных с потреблением алкоголя, нет соответствующего отдела и специалистов. К тому же у Росалкогольрегулирования имеется конфликт интересов между функциями по выработке государственной политики и контролю ее исполнения. В такой ситуации ведомство нередко должно выбирать между защитой алкогольного рынка и защитой здоровья граждан. В результате мы видим массированные нарушения Концепции государственной политики по снижению масштабов потребления алкоголя и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации на период до 2020 года, принятой правительством в 2009 году. Надеемся, что такая ситуация будет переломлена и нам удастся сохранить население в наступившие, тяжёлые для экономики страны времена.

С этой целью нужно системно влиять как на спрос алкогольных изделий, так и на их предложение. Другими словами, мы должны глубоко продуманно и последовательно влиять на алкогольный прилавок, системно снижая доступность алкогольных изделий. И в то же время, гармонично пропагандировать здоровый, трезвый образ жизни. Такое может произойти при ряде условий:

- если заработает на полную мощь система массового отказа (общественное

трезвенническое движение «За трезвую Россию», общественное движение «Трезвый казахстанец», общественное движение «Трезвая Украина», общественное движение Беларуси «Трезвенность-Оптималист» и другие) плюс система действенных законов (законодательных актов по стимуляции отрезвления народов и в первую очередь принятие Закона о местном запрете);

- если будет изменена государственная политика со спаивания населения на формирование культуры трезвости;
- если будет системно применён передовой отечественный и зарубежный опыт в деле воспитания трезвого поколения;
- если правительства народного доверия стран займут твердую позицию по массовому отрезвлению народов своих стран (хотя бы как в Швеции или Норвегии);
- если трезвенническая наука будет развиваться, обогащаясь передовыми мировыми достижениями;
- если депутатский корпус стран покажет личный пример трезвости;
- если педагоги, врачи, работники культуры и лидеры молодёжных структур скажут своё твёрдое «Нет!» алкогольным, табачным и другим наркотическим изделиям;
- если массовые коммуникации встанут на позицию отрезвления себя, своих семей, своих читателей, зрителей и слушателей;
- если «Мир, здоровье и трезвость» станут главными лозунгами современной международной политики;
- если религиозные конфессии и общественные структуры скажут твёрдое слово в деле отрезвления своего народа, своих прихожан;
- если исчезнут навсегда агенты западного влияния по алкогольному, табачному и наркотическому разложению и развалу наших государств;
- если за дело отрезвления народа возьмётся серьёзно и принципиально Государственная Дума России вместе с Советом Федерации, парламент Казахстана, Верховный Совет Беларуси, парламент Украины, парламенты других государств СНГ;
- если будущее Союзное государство Белоруссии и России скажет свое твердое решение по спасению нашего Отечества, нашей общей Родины.

Ведь не даром же в народе говорят: «Одна у человека родная мать, одна у него и Родина»; «Позор перед Родиной хуже смерти»; «Родина превыше всего»; «Для Родины своей ни сил, ни жизни не жалей»; «За Родину-мать не страшно и умирать»; «Береги землю родимую, как мать любимую»; «Лучше смерть, чем алкогольное иго»; «Только трезвая Родина может стать процветающей»; «Любовь к Родине начинается с семьи».

Таким образом, трезвенническая политика только тогда будет приносить положительные плоды, когда государство и общество будут системно и методично воздействовать как на спрос алкогольно-наркотических веществ, так и на их предложение. Другими словами; будет повсеместная наступательная работа по сокращению табачного и алкогольного прилавка до нуля, и постоянная деятельность государства и общества по формированию здоровой, трезвой жизни.

Литература:

1. <http://www.medinfo.ru/mednews/9402.html>
2. Бабенко В. Золотая десятка. // Наука и жизнь. — 2001. — № 11
3. Thomas H. Etzold and John Lewis Gaddis, eds., Containment: Documents on American Policy and Strategy, 1945-1950 NSC 20/1 (pages 173-203).
4. Красильников Р.С. Новые крестоносцы: ЦРУ и перестройка. – М.: ОЛМА-ПРЕСС; Образование, 2003, с. 51.
5. Volkman H.E. Die politischen Hauptströmungen in der russischen Emigration in Deutschland nach dem Zweiten Weltkrieg/ Osteuropa. Stuttgart, 1965, Heft 4, April, s.244.

6. Маюров А.Н. Алкогольно-наркотический геноцид России. – М.: МАТр, 2007.
7. См.: газеты «Соратник», «Подспорье», «Трезвая Россия», «Пока не поздно», «Вопреки», «Трезвый Мир», «Трезвый Петроград», «Трезвое слово», «Свободная страна», «Родник трезвости» и «Мы молодые» за 2000-2015 гг.
8. См.: газету «Оптималист» за 2000-2011 гг.
9. Основы собриологии: лекции по антинаркотическому воспитанию. /Под ред. проф. А.Н. Маюрова – М.: Свободное сознание, 2003.

БОРОТЬСЯ С АЛКОГОЛИЗМОМ ИЛИ УТВЕРЖДАТЬ ТРЕЗВОСТЬ?

В.П. Кривоногов

Международная Академия Трезвости

Алкогольная проблема существует на земле уже несколько тысяч лет и, наверное, столько же времени люди пытаются каким-то образом противостоять этой социальной болезни. Особенно высокого уровня алкоголизации земная цивилизация достигла в последние 200-300 лет, когда алкогольная проблема превратилась в одну из самых острых и болезненных. В разные периоды в отдельных странах правительства, общественность, ученые пытались решить эту проблему. И надо признать, что во многих случаях был достигнут положительный результат, накоплен значительный опыт. Наиболее впечатляет в этом плане борьба с алкогольной бедой в мире ислама. В настоящее время существует не один десяток стран, в которых население вообще не знает вкуса алкоголя, его там просто нет. Отсутствуют производство, продажа, реклама, алкоголь под полным запретом и отношение к нему выработано примерно такое же, как и к другим, нелегальным наркотикам, например, к героину. Его производство, продажа, и потребление преследуются по закону, в отдельных странах вплоть до применения смертной казни. Впрочем, применять такие жесткие законы на практике почти не приходится, так как там фактически отсутствует спрос на алкоголь, трезвость по-настоящему стала нормой жизни.

В странах христианского мира с переходом к индустриальному, урбанизированному обществу алкогольная проблема обострилась, но активизировалось и противодействие этой социальной болезни. Изучение опыта многих стран в разные периоды истории позволило прийти к выводу, что человечеством выработано две основных теоретических и практических концепции решения этой проблемы, применяется по отношению к алкоголю два разных подхода, две политики. Там, где в действие вступает один подход, обстановка начинает улучшаться, уменьшаются все последствия алкоголепотребления. При втором подходе положительных результатов практически нет, или результаты прямо противоположны желаемым. Оба эти подхода, обе политики опираются на две различные научные теории. Обе теории окончательно сформировались примерно к началу XX века. Один подход можно называть позицией «борьбы с пьянством и алкоголизмом», второй – «утверждение трезвого образа жизни». Соответственно, теории, лежащие в основе этих двух позиций, можно назвать «теорией борьбы с пьянством» и «теорией трезвости». Теорию борьбы с пьянством еще нередко называют «теорией культурного, умеренного питания», а теорию трезвости в последние годы принято называть собриологией. Когда то или иное государство берет за основу своей алкогольной политики теорию «культурного» питания, положительных результатов практически не бывает, как результат - пьянство нарастает. Если же за основу политики берется теория трезвости, наступает постепенное улучшение ситуации. Таким образом, вроде бы чисто научный спор между двумя группами ученых – трезвенниками и «культурпитейщиками» имеет самый прямой выход в область практики. Каждый, кто берется заниматься алкогольной проблемой (а также табачной, наркотической), независимо от своей основной профессии – нарколог, социолог, педагог, журналист или чиновник, должен разобраться в этих теориях, четко уяснить различие между этими двумя прямо противоположными концепциями, понять суть споров и разногласий. И главное – убедиться на конкретной практике и истории проблемы в разных странах, что теория трезвости стоит на строго научных позициях, основанных на глубоких и независимых научных исследованиях, многократно проверенных жизнью, а теория «культурного» питания – это псевдонаучная теория, полностью дискредитировавшая себя, показавшая свою полную несостоятельность, к тому же существующая благодаря социальному заказу алкогольного лобби. Теорию трезвости разрабатывали в разные годы такие выдающиеся ученые, как И.Н. Введенский, И.П. Павлов, Ф.Г. Углов, Г.А. Шичко и многие другие. Одной из характерных

особенностей теоретиков собриологии является то, что сами они не употребляют алкоголь ни в каком виде и количестве, являются убежденными трезвенниками, то есть людьми, независимыми от алкоголя, чего нельзя сказать об их оппонентах – ученых «культурпитейщиках» (в нашей стране в 1980-1990-е годы апологетами этой антинаучной «теории» были отец и сын Левины, Э.А. Бабаян, Г.Г. Заиграев и др.).

Совершенно по-разному эти две теории определяют корень алкогольной проблемы, причины алкоголизации, предлагают совершенно разные пути и методы решения алкогольной проблемы, дают прямо противоположные рекомендации органам власти по решению этой проблемы на государственном уровне. К сожалению, последние 25 лет за основу государственной политики России взята давно дискредитировавшая себя «теория борьбы с пьянством». В результате потребление абсолютного алкоголя на душу населения выросло с 4-5 в середине 1980-х годов до 18 литров к 2010 году. Социальной основой алкоголизации, таким образом, является проведение государством неверной, ошибочной алкогольной политики, основанной на ложной концепции и антинаучной теории.

Каждая теория проверяется практикой, и практика России за последние годы дает однозначные результаты. Следствием безудержного роста алкоголизации неизбежно стал рост потребления и других, нелегальных наркотиков, что собриологи прогнозировали еще в 1988 году, когда наметился поворот к нетрезвой политике. Рост числа алкоголизованных семей привел к росту числа беспризорников, сбежавших из этих семей – подавляющее число родителей беспризорников – алкоголики и пьяницы. Наблюдается рост числа детей попавших в сиротские дома – и снова эти дети из спившихся семей. Все это прогнозировалось собриологами еще в начале раскручивания алкогольного крана – в конце 80-х – начале 90-х годов прошлого века. Так что мы «расхлебываем» неизбежные последствия вполне конкретной антитрезвой государственной политики. Кстати, уже по самому названию этой политики можно судить о подходе к проблеме – собриологи предлагают концепцию «государственной антиалкогольной политики», а их оппоненты – «государственной алкогольной политики». Разница принципиальна и дело здесь не просто в игре слов.

Актуальность проблемы алкоголизации на сегодняшний день видна невооруженным взглядом и определяется высочайшим в истории нашей страны уровнем этой алкоголизации. Критический рубеж – 8 литров алкоголя на душу населения, после которого ускоряется генетическое вырождение нации, превышен у нас не менее чем в два раза. Существует ли в нашем обществе готовая концепция по решению алкогольной проблемы? Да, эта концепция достаточно хорошо разработана и ее положения сформулированы в науке собриологии [1]. Какие конкретно рекомендации дает наука собриология? Изменить положение может отказ от алкогольной политики, переход к государственной антиалкогольной политике на основе науки о трезвости. Собриологами страны уже несколько лет назад разработаны и переданы в Госдуму для изучения проекты «основ государственной антиалкогольной политики», но они неизменно «терялись» в «коридорах власти», и прежняя политика продолжалась, как и раньше [1].

Реальное решение проблемы возможно, если политика будет направлена не просто на ограничение алкоголя, и не на введение алкогольной ситуации «в приемлемые рамки», а в перспективе на полную ликвидацию производства и продажи алкоголя, распространение на алкоголь антинаркотического законодательства.

Литература

1. Маюров А. Н., Кузьминых К.С., Гришина В. И., Рыбина О. И., Маюров Я. А., Гринченко Н. А. Основы собриологии: лекции по антинаркотическому воспитанию. – М., 2007 – 276 с.

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ УГЛОВСКИХ ЧТЕНИЙ СРЕДИ СТУДЕНТОВ ПЕРВОКУРСНИКОВ СВФУ

К.Г. Башарин, З.К. Башарина, Ю.И. Жегусов

Международная Академия Трезвости, Якутск

Проблема алкоголизации населения является наиболее злободневной проблемой почти во всех регионах России [1,2]. Приобщение к регулярному потреблению алкоголя у молодежи чаще происходит после окончания школы, когда с обретением большей самостоятельности появляется больше поводов для выпивки под влиянием сверстников. Именно в этот период становления необходимы меры первичной профилактики алкоголизации в учебных заведениях [3]. Опыт показывает, что профилактические лекции среди учащейся и студенческой молодежи являются одними из наиболее действенных мер против распространения пьянства и алкоголизма. Но следует отметить, что в современных условиях лучший результат дают интерактивные методы обучения, которые в разы эффективней монотонно прочитанной лекции [4].

Цель сообщения: поделиться опытом проведения «Угловских чтений» студентами всех факультетов и институтов Северо-Восточного федерального университета.

Проводимые в Северо-Восточном федеральном университете в течение нескольких лет Угловские чтения для студентов-первокурсников, представляют собой интерактивные лекции, направленные на профилактику потребления алкоголя и других наркотиков. Во время лекций студентам в виде слайд-шоу предоставляется информация о вреде и последствиях потребления алкоголя, основных принципах трезвого и здорового образа жизни и профессиональной деятельности Ф.Г. Углова. В лекциях также применяются различные методы ораторского искусства, чтобы удержать внимание большой аудитории и лучшего восприятия информации. После проведенных лекций студенты пишут сочинения о своем отношении к потреблению алкоголя, излагают собственные мысли о данной социальной проблеме.

Во время проведения очередных Угловских чтений в октябре 2014 г. был применен социологический метод с целью улучшения технологий работы со студенческой молодежью в сфере профилактики потребления ими различных интоксикантов. Суть метода заключается в следующем. Перед началом профилактической лекции проводится анонимный опрос по анкете №1, чтобы выявить распространенность потребления табака, алкоголя и других наркотиков среди первокурсников, их отношение к потреблению алкоголя. После проведенной лекции в форме слайд-шоу, также проводится анкетирование, где студенты оценивают качество, информативность, а также «плюсы» и «минусы» проведенного мероприятия.

Приведем результаты социологического исследования, проведенного во время Угловских чтений. Всего было опрошено 585 респондентов – студентов первого курса Северо-Восточного Федерального университета из разных учебных подразделений. Половозрастная структура респондентов выглядела следующим образом: мужчины – 41,6%, женщины – 58,4%. Возраст большинства респондентов (80,7%) составило 17-18 лет. В анкету социологического исследования были включены вопросы относительно потребления табака, алкоголя и других наркотиков. Первичные данные исследования прошли компьютерную обработку с помощью программы SPSS для Windows.

Согласно результатам исследования курящими являются 18,7% опрошенных студентов, из них 10,9% курят «часто» и 7,8% «редко». Наиболее подверженными курению являются мужчины (26,4%), у женщин количество курящих существенно ниже (13,3%).

По частоте потребления алкоголя респонденты распределились следующим образом: «пьющие часто» (1 раз в неделю и чаще) – 2,7%; «пьющие регулярно» (1-3 раза в месяц) – 7,6%; «пьющие эпизодически» (реже, чем раз в месяц) – 23,5%; «не пьющие» - 66,3%.

Анализ ответов показывает, что женщины реже потребляют алкоголь, чем мужчины (см. табл.1). Примечательно, что более половины мужчин и женщин причислили себя к «непьющим», т.е. не потребляющим алкоголь.

Таблица 1. Частота потребления алкоголя среди студентов 1 курса СВФУ

Частота потребления	Пол	
	Мужчины	Женщины
1. 1 раз в неделю и чаще	4,7	1,2
2. 1-3 раза в месяц	12,5	4,1
3. Реже, чем раз в месяц	29,6	19,2
4. Не потребляют алкоголь	53,3	75,4

В каком возрасте студенты впервые попробовали алкоголь? Ответы респондентов показывают, что около половины (42,3%) студентов-первокурсников не имеют опыта алкопотребления, 12,0% респондентов начали потреблять после наступления совершеннолетия, 45,4% опрошенных попробовали алкоголь до наступления совершеннолетия (см. табл. 2). Средний возраст начала потребления между полами существенно не отличается: у мужчин это 15,0 лет, у женщин 15,5 лет. Это свидетельствует о том, что процессы эмансипации женщин также проникают в сферу потребления алкоголя, т.е. девушки начинают перенимать мужскую модель алкогольного поведения уже в подростково-юношеском возрасте.

Таблица 2. Ответы на вопрос: «Во сколько лет Вы впервые попробовали алкоголь?»

Возраст первого опыта потребления алкоголя	Пол		Всего
	Мужчины	Женщины	
- никогда не пробовали	33,6	48,6	42,5
- в 11 лет и младше	4,7	1,5	2,8
- в 12-13 лет	4,3	4,2	4,2
- в 14-15 лет	20,7	9,6	14,2
- в 16-17 лет	24,1	24,3	24,2
- в 18 лет и старше	12,5	11,7	12,0

Следующий блок вопросов анкеты был посвящен потреблению алкоголя в социальной микросреде студентов на уровне семьи и сверстников. Результаты опроса свидетельствуют, что студенты чаще сталкиваются с потреблением алкоголя во время семейных праздников, чем в молодежных «тусовках» (см. табл.3). Это в частности можно объяснить тем, что в студенческой среде трезвый досуг становится модным трендом. У студентов СВФУ стало больше доступа к современным спортивным сооружениям, где они могут провести активный, здоровый досуг. Также можно предположить, что встречи, «тусовки» в половине случаев у первокурсников происходят без алкоголя в силу того, что они еще мало знакомы друг с другом, пока еще не втянулись в пассивный, алкоголизированный досуг.

Таблица 3. Потребление алкоголя в социальной микросреде студентов

Присутствует ли шампанское, вино, пиво, водка или другой алкоголь:	Да, всегда	Да, иногда	Нет, никогда
- во время семейных праздников	13,1	54,7	32,2
- во время встреч с друзьями, одноклассниками, однокурсниками	4,2	43,8	52,0

Более половины студентов отрицательно относятся к потреблению окружающими алкоголя (58,3%). Нейтральную или безразличную позицию занимают 31,4%

первокурсников. Всего лишь 1,2% респондентов положительно относятся к потреблению алкоголя, 9,0% затруднились с ответом. Данные результаты показывают, что у половины опрошенных студентов сформировался достаточный иммунитет в отношении потребления алкоголя.

Второй этап анкетирования проводился сразу после лекции, где студенты заполняли краткую оценочную анкету. Результаты анкетирования показывают, что 88,0% студентов, положительно оценили прослушанную лекцию о вреде алкоголя (табл. 4). Проведенное мероприятие понравилось больше женской части аудитории.

Таблица 4. Ответы на вопрос: «Понравилась ли Вам эта лекция?»

	Пол		Всего
	Мужчины	Женщины	
1. Очень понравилась	51,7	64,7	59,1
2. Скорее понравилась	31,0	27,2	28,9
3. Трудно сказать, понравилась или нет	10,3	7,7	8,8
4. Скорее не понравилась	2,0	0,4	1,0
5. Совсем не понравилась	4,9	0,0	2,1

подавляющее большинство респондентов полностью усвоили предоставленную информацию (табл. 5). Женская аудитория лучше восприняла профилактическую лекцию, т.к. им характерна усидчивость, старательность, и они дольше способны сконцентрировать свое внимание.

Таблица 5. Ответы на вопрос: «Все ли было понятно на этой лекции?»

	Пол		Всего
	Мужчины	Женщины	
1. Да, все понятно	79,5	91,1	86,3
2. Да, большинство из услышанного понял, но некоторую часть не понял	17,0	8,9	12,3
3. Нет, большинство из услышанного не понял	1,5	0,0	0,6
4. Нет, абсолютно ничего не понятно	2,0	0,0	0,8

Одним из важных моментов проведения Угловских чтений является воздействие на аудиторию с целью полного отказа студентов от потребления алкоголя и других наркотиков. Проведенная лекция показала свою эффективность. После интерактивной лекции большинство респондентов сообщило о своем намерении полностью отказаться от потребления алкоголя, здесь особенно выделяются ответы женщин (табл. 6).

Таблица 6. Ответы на вопрос: «Прослушав данную лекцию, будете ли Вы потреблять алкоголь в будущем?»

	Пол		Всего
	Мужчины	Женщины	
1. Нет, не буду ни при каких обстоятельствах	65,2	83,0	75,3
2. Буду потреблять в умеренных количествах	19,4	10,4	14,2
3. Буду потреблять в любых количествах	2,5	0,4	1,3
4. Не знаю	12,9	6,3	9,3

Таким образом, социологическое анкетирование показало, что проведение «Угловских чтений» студентами 1-ых курсов всех подразделений СВФУ является эффективным методом первичной профилактики алкоголизма, табакокурения и наркотизма. Необходимо ежегодно проводить «Угловские чтения» не только в СВФУ, но и в других вузах, колледжах и школах Якутии и России.

Литература

1. Башарин К.Г. Трезвость – закон жизни: патологоанатомические изменения в органах человека при воздействии алкоголя. Учебное пособие для студентов вузов. – Якутск: издательский дом СВФУ 2014. – 132с.
2. Башарин К.Г. Алкоголь – коварный разрушитель организма человека: учебное пособие для студентов вузов, колледжей, ССУЗов и учащихся школ. – Якутск: Издательский дом СВФУ, 2014. – 32с.
3. Белова Ю.Ю. Профилактика употребления алкоголя студентами в образовательном пространстве высшего учебного заведения // Исторические, философские, политические и юридические науки, культурология и искусствоведение. Вопросы теории и практики. Научно-теоретический и прикладной журнал. - 2014. - № 10 (48) Часть I. – С. 28-31.
4. Белова Ю.Ю. Профилактика употребления алкоголя в образовательной среде с применением интерактивных методов обучения // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – №1 URL: www.science-education.ru/121-17482 (дата обращения 01.05.2015)

АЛКОГОЛЬНАЯ ПОЛИТИКА УКРАИНЫ

Ю.В. Латыш, О.В. Чеберяко

Международная Академия Трезвости, Киев

Основы государственной алкогольной политики определены Законом Украины «О государственном регулировании производства, оборота спирта этилового, плодового и коньячного, алкогольных напитков и табачных изделий» от 19.12.1995 года (с изменениями и дополнениями), а также Разделом 6 «Налогового Кодекса Украины» от 2.12.2010 года, который определяет механизм взимания акцизного налога.

В Украине действует государственная монополия на производство, оптовую торговлю и экспорт спирта этилового (за исключением коньячного и плодового), кроме оптовой торговли спиртом этиловым на медицинские и ветеринарные цели. Государственным монополистом является госпредприятие «Укрспирт», которое создано на основании Постановления Кабинета Министров Украины от 28.07.2010 года № 672 на базе одноименного госконцерна, включавшего 85 предприятий с государственной формой собственности (в том числе 76 спиртовых заводов). Их мощности позволяли ежегодно производить до 60 млн. дал. спирта.

Для производства алкогольной продукции, в том числе и пива (с 01.07.2015 г.), и торговли ей требуется лицензия. С 28.12.2014 года в заявлении о выдаче лицензии на розничную торговлю алкогольными изделиями теперь дополнительно необходимо указать адрес места торговли, перечень регистраторов расчетных операций (книг учета расчетных операций), находящихся в месте торговли, а также информацию о них.

Ограничение вредного влияния потребления алкогольных изделий в Украине осуществляется путем реализации правовых, экономических, медицинских и административных мер. Этот комплекс включает пропаганду здорового способа жизни; включение в образовательные программы учебных заведений положения о вредном воздействии алкоголя на организм человека; создание экономических и правовых условий, которые способствуют сокращению потребления алкогольных изделий; информирование о вреде потребления алкоголя; избавление от алкогольной зависимости; противодействие незаконному ввозу и обороту алкоголя и пр.

В Украине действует запрет на потребление алкогольных и слабоалкогольных изделий в учреждениях здравоохранения, учебных заведениях, заведениях культуры, общественном транспорте, на остановках и в подземных переходах, на детских и спортивных площадках, в помещениях государственных учреждений. Также запрещена продажа алкоголя лицам, не достигшим 18 лет.

Однако украинское законодательство часто нарушается. В этом заинтересовано мощное алкогольное лобби в законодательной и исполнительной власти. Так, законодательство в сфере рекламы предполагает запрет рекламных роликов на телеканалах и радиостанциях с 6 до 23 часов. Однако вещатели обходят его, размещая такую рекламу под видом спонсорства программ. Трудно найти в мире другую страну, где алкоголь рекламируется агрессивнее, чем в Украине. По данным Всеукраинской рекламной коалиции, радиостанции заработали на спонсорстве около 18% от их общего рекламного дохода в 2013 году.

Опыт стран с развитой рыночной экономикой свидетельствует о целесообразности применения наряду с универсальными (НДС) также специфических акцизов, а формой специфических акцизов в Украине является акцизный налог. В современных налоговых системах он занимает следующее место после НДС и по значению и по объему поступлений в государственный бюджет. Акцизным налогом облагаются товары, которые не принадлежат, как правило, к товарам первой необходимости и уровень рентабельности

которых при производстве является достаточно высоким.

Согласно ст. 215.1 Налогового Кодекса Украины спирт этиловый и другие спиртовые дистилляты, алкогольные изделия, пиво относятся к подакцизным товарам. Акцизный налог в данном случае выполняет как фискальную функцию, наполняя государственный бюджет, так и регулирующую, корректируя спрос и предложение на подакцизные товары в зависимости от политики государства. Акцизный налог влияет на налогообложение товаров, имеющих негативное влияние на здоровье граждан с целью снижения их ценовой доступности, а значит, и уменьшение их потребления, в первую очередь для молодежи, которая особенно чувствительна к колебаниям цен. Алкогольные и табачные изделия не являются товарами первой необходимости, не обладают высокой социальной значимостью, а кроме того, негативно влияют на здоровье населения.

Плательщиками акцизного налога являются юридические лица, производящие подакцизные товары на таможенной территории Украины, в том числе из давальческого сырья; субъекты хозяйствования, ввозящие подакцизные товары на таможенную территорию Украины.

База налогообложения зависит от вида применяемой ставки акцизного налога (адвалорная, специфическая, адвалорно-специфическая (смешанная)). К таким подакцизным товарам как: спирт этиловый, алкогольные изделия, нефтепродукты, сжиженный газ, транспортные средства применяются специфические ставки, которые устанавливаются в денежном выражении на единицу товара, представленную в физических единицах измерения (кг, л, см³, штуки). А базой налогообложения для реализованных алкогольных товаров в розничной торговле является стоимость (с НДС).

Кроме того, ставки акцизного налога, определенные в Налоговом кодексе Украины, не являются постоянными, а ежегодно пересматриваются. Предполагается ежегодное внесение Кабинетом Министров Украины до 1 июня в Верховную Раду Украины проекта закона о внесении изменений в Налоговый кодекс Украины относительно абсолютных ставок налогообложения акцизным налогом с учетом индексов потребительских цен и цен производителей промышленных товаров.

Акцизный налог уплачивается в размере 5% от суммы реализованных алкогольных товаров в розничной торговле, декларация акцизного налога подается в территориальные подразделения Государственной фискальной службы по месту осуществления торговой деятельности. Хотя законодательством ЕС такой вид акцизного налога не предусмотрен. В частности, статьями 2 и 7 Директивы ЕС 2008/118/ЕС от 16.12.2008 года об общих условиях взимания акцизов подакцизные товары подпадают под акцизный сбор в момент их изготовления или импорте.

Повсеместное распространение акцизного налогообложения объясняется, прежде всего, высоким фискальным потенциалом данного налога. Еще в XVIII в. французский экономист Ф. Демезон отметил, что «акциз способен принести казне столько и даже больше, чем все другие налоги». При этом одним из инструментов, с помощью которых реализуется фискальная функция акцизного налога, является законодательно определенный круг подакцизных товаров и ставка налога.

Важной особенностью взимания акцизного налога с алкогольных изделий является маркировка таких товаров. В случае производства или ввоза алкогольных товаров на таможенную территорию Украины плательщики налога обязаны обеспечить их маркировку марками установленного образца таким образом, чтобы марка акцизного налога разрывалась во время откупоривания (раскрытия) товара. Наличие наклеенной в установленном порядке марки акцизного налога установленного образца на бутылке (упаковке) алкогольного изделия и пачке (упаковке) табачного изделия является одним из условий для ввоза на таможенную территорию Украины и продажи таких товаров потребителям, а также подтверждением уплаты налога и легальности ввоза товаров.

Изготовление, хранение, продажа марок акцизного налога и маркировки алкогольных и

табачных изделий осуществляется в соответствии с положением, утвержденным Кабинетом Министров Украины. Марки акцизного налога для произведенных в Украине алкогольных и табачных изделий отличаются от марок для ввезенных на таможенную территорию Украины алкогольных и табачных изделий дизайном и цветом.

Уровень налогообложения алкоголя в Украине значительно ниже, чем в других странах, кроме того, существенно отличается не только от стран-членов ЕС, но и от стран-соседей. Например, в России ставка акциза на водку больше украинской в 2,3 раза (130,9 гривен за 1 л 100% спирта против 56,42 грн. в России), Беларуси – в 2,1 раза, Польше – в 2,9 раза.

По итогам 2012 года Украина заняла третье место в мире по среднему потреблению водки на человека. За год украинцы поглощают 1 млрд. бутылок водки, 6 млрд. бутылок пива и 320 млн. бутылок вина. Таким образом, в день на каждого украинца приходится 1 бокал пива емкостью 0,3 л, 50 г водки и около 10 г вина.

В середине 2000-х гг. Украина стала абсолютным лидером в списке самых быстрорастущих рынков по объемам продаж алкогольного товара. В то время как в 2007 году глобальный алкогольный рынок вырос на 6%, показатель роста украинского рынка составил 43%. Однако с началом глубокого экономического кризиса и войны на Донбассе производство алкоголя начало снижаться. По данным за первые три квартала 2014 года общий объем продаж водки упал на 25%. Эта тенденция продолжается и в нынешнем году. Производство водки в июне 2015 года по сравнению с июнем прошлого года снизилось на 54,7%. За первое полугодие падение составило 25,7%. Несмотря на это, текущая статистика не показывает, что украинцы стали меньше пить. Из-за подорожания алкоголя, часть производства уходит в теневую сферу. Эксперты оценивают теневой рынок алкогольного товара в 40–50%, а это более 2 млрд. грн. только акцизного налога, которые государство теряет из-за неэффективного контроля над отраслью. Также, очевидна прямая связь между повышением ставки акцизного налога, что приводит к удорожанию алкогольных изделий, и увеличению доли нелегального рынка.

Подорожание водки и коньяка с начала 2014 года составляет 30%. На водочном рынке наиболее в цене поднялся недорогой алкоголь – на 36,1%, в среднем сегменте цена за бутылку водки увеличилась на 26,1%, а премиум-сегмент подорожал на 26%. Одна из основных причин подорожания – ставки акцизного налога, которые в 2014 году поднимались три раза: с 1 января – на 11,7%, с 1 июля – на 25%, с 1 сентября – на 5%. Исходя из приведенной динамики, видно, что рынок отреагировал на увеличение акцизных ставок уменьшением производства водки на 9 млн. дал., с 27 млн. 710 тыс. дал. в 2013 году до 18 млн. 650 тыс. дал. в 2014 году.

Однако, существуют и другие факторы упадка отрасли, поскольку многие эксперты считают спиртовую отрасль коррумпированной, а теневой рынок спирта измеряется миллионами долларов. Деятельность «Укрспирта» в разные времена связывали с различными олигархическими и криминальными структурами.

Алкогольная политика Украины не способствует улучшению катастрофической демографической ситуации. В первой половине 1980-х гг. около 35–40% смертей мужчин и 20% женщин были связаны с алкоголем. В годы горбачевской антиалкогольной кампании эти показатели сократились до 25 и 12% соответственно. В середине 1990-х гг. алкогольная смертность возросла среди мужчин до 47%, среди женщин до 25%. Ухудшение состояния здоровья украинцев в 1990-е гг., рост смертности были обусловлены комплексом следствий психо-социального стресса, вызванного быстрыми и радикальными социально-экономическими изменениями. Западные исследователи Д. Стаклер, П. Хемм, Л. Кинг, М. Макки, Р. Истерлин, А. Гилмор и др. пишут о пагубном влиянии массовой приватизации и других особенностей постсоветского транзита (резкого падения жизненного уровня людей, массовой бедности, безработицы) на кризис смертности в Украине.

В 2000-е гг. смертность от алкоголя сократилась и стремится к показателям первой

половины 1980-х гг. Украина ежегодно теряет более 40 тыс. своих граждан, гибель которых обусловлена алкоголем. Алкоголь является причиной преждевременной смерти почти 30% украинских мужчин. В настоящее время на Украине насчитывается 700 тыс. только официально зарегистрированных алкоголиков. Реальная цифра в 3–5 раз выше.

В зависимость все чаще попадают подростки и молодежь. Почти 40% украинских подростков 14–18 лет регулярно употребляют алкогольные изделия. В 2008 году Украина стала лидером среди стран Европы по количеству подростков 11–15 лет, регулярно употребляющих спиртное. Алкоголь стал способом коммуникации, транквилизатором, а в молодежной среде – поводом для встреч. Утверждению алкогольных форм поведения способствуют политики, интеллигенция, спортсмены. За годы независимости Украины зафиксировано множество фактов появления в нетрезвом виде высших должностных лиц. Нынешняя демографическая ситуация остается неблагоприятной, и нет признаков ее серьезного улучшения.

В целом алкогольная политика Украины больше направлена на наполнение государственного бюджета за счет не прямых налогов (НДС, акцизов) и обогащение отдельных лиц, чем на преодоление пьянства и алкоголизма, защиту здорового образа жизни.

ГОСУДАРСТВЕННАЯ АНТИАЛКОГОЛЬНАЯ, АНТИНАРКОТИЧЕСКАЯ И АНТИТАБАЧНАЯ ПОЛИТИКА В БЕЛАРУСИ

Ю.Е. Разводовский

Международная Академия Трезвости, Гродно

В настоящей работе представлен обзор законодательных актов, направленных на ограничение потребления легальных наркотиков (алкоголя и табака), а также предотвращение незаконного оборота нелегальных наркотиков в Беларуси. В целом, государственная антиалкогольная, антитабачная и антинаркотическая политика в Беларуси достаточно строгая и всесторонняя. Высокий уровень проблем, связанных с потреблением как легальных, так и нелегальных наркотиков в Беларуси обуславливает необходимость усовершенствования антинаркотической политики.

Ключевые слова: антиалкогольная, антитабачная, антинаркотическая политика, Беларусь.

Государственная антиалкогольная политика

Огромный ущерб, который наносит потребление алкоголя обществу, обуславливает государственное значение этой проблемы [1-4]. В 1998 году в Беларуси принят закон о регулировании производства и оборота алкогольных изделий, а в 2001 году – поправки к закону, ужесточающие прежний закон. Теперь в стране жесткая государственная монополия на производство алкоголя. Статьями закона запрещена розничная торговля алкогольными изделиями в киосках, в государственных учреждениях, в местах продажи товаров для детей и подростков, возле религиозно-культурных учреждений. Законом установлен верхний и нижний предел цен на алкоголь. Импортный алкоголь подлежит лицензированию, причем на получение лицензии проводится открытый конкурс. Продажа алкоголя лицам моложе 18 лет запрещена. 23 августа 2000 года постановлением Совета Министров Республики Беларусь № 1332 была принята Программа национальных действий по предупреждению и преодолению пьянства и алкоголизма на 2000 – 2005 годы, направленная на снижение социально-экономических последствий этого явления. Основными целями данной программы были: снижение уровня потребления алкоголя населением; снижение уровня заболеваемости алкоголизмом и алкогольными психозами; снижение уровня заболеваемости и смертности, связанной с алкоголем. Достичь, обозначенные цели, предполагалось с помощью комплекса мероприятий, направленных на пропаганду здорового образа жизни, повышение качества профилактики, диагностики, лечения и реабилитации заболеваний, связанных с употреблением алкоголя, совершенствованием законодательства, регулирующего производство и оборот алкогольных изделий. Часть из запланированных мероприятий была реализована, а другая (большая) часть осталась декларацией о намерениях.

Постановлением Совета Министров от 27 апреля 2006 № 556 была утверждена Государственная программа национальных действий по предупреждению и преодолению пьянства и алкоголизма на 2006-2010 гг. Очередная программа, хотя и базировалась на результатах выполнения предыдущей, но отличалась более широким «форматом» как в плане объема мероприятий, так и их содержания. В документе содержатся принципиально новые подходы к решению данной проблемы, а также новые формы и средства их реализации. К работе по профилактике пьянства и алкоголизма были подключены все заинтересованные министерства и ведомства. Госпрограмма предусматривала вовлечение значительной части населения в различные оздоровительные мероприятия.

Особое значение в программе придавалось совершенствованию законодательства по предупреждению и преодолению пьянства и алкоголизма и их последствий, ужесточению ответственности за распитие, реализацию алкогольных изделий несовершеннолетними. Так, планировалось внести в законодательные акты изменения и дополнения по вопросам профилактики пьянства и алкоголизма, организации принудительного избавления зависимых от алкоголя и др. наркотиков. Были разработаны проекты нормативного правового акта, предусматривающего установление ответственности за распитие слабоалкогольных изделий и пива несовершеннолетними, продажу (покупку) этих изделий несовершеннолетним. Время и места продажи пива, алкогольных и слабоалкогольных изделий были ограничены (так, реализация алкогольных изделий, кроме изделий брожения с объемной долей этилового спирта от 0,5 до 7%, во всех организациях торговли и общественного питания ведется с 9 до 21 часа). Повышена ответственность родителей за распитие алкогольных изделий и пива несовершеннолетними.

Более жестким стало регулирование производства и оборота алкогольной составляющей. В частности, предусмотрено внесение изменений в нормативные акты по запрещению продажи лицам моложе 21 года алкогольных изделий (кроме кваса, кумыса, кефира, пива с объемной долей этилового спирта от 0,5 до 7%). В государственные стандарты, устанавливающие требования к информации для потребителя пищевых продуктов, планируется внести изменения, предусматривающие возрастные и иные ограничения употребления алкогольных изделий и пива. Программой также предусматривалось сокращение производства плодовых вин, включая винные плодово-ягодные изделия и др. дешевые спиртосодержащие изделия в среднем до 10% в год. Предусматривалось проведение комплексных проверок, направленных на выявление нарушений законодательства в сфере лицензирования оптовой и розничной торговли алкогольными изделиями. Программа включала широкий спектр мероприятий по повышению эффективности работы наркологической службы республики. Были разработаны штатные нормативы обеспечения наркологической службы Минздрава врачами-наркологами, соцработниками, психотерапевтами и психологами, прежде всего для работы с несовершеннолетними и молодежью. Особое внимание уделялось обеспечению укомплектования организаций здравоохранения врачами-наркологами.

Ряд мер был направлен на укрепление материально-технической базы организаций здравоохранения в целях повышения доступности, качества и эффективности наркологической помощи, а также по использованию современных научно-обоснованных технологий для повышения качества профилактики, диагностики и избавления зависимых от алкоголя и других наркотиков. Был создан центр мониторинга по изучению распространенности употребления алкогольных изделий в регионах республики среди различных возрастных групп и определению ущерба, связанного с потреблением алкоголя. Большое внимание в программе уделялось повышению уровня подготовки медицинских специалистов по вопросам профилактики, диагностики, лечения и реабилитации заболеваний, связанных с употреблением алкоголя. Так, расширился объем подготовки студентов медуниверситетов образования по вопросам наркологии, а также объем программ преподавания общей и частной наркологии, профилактики и избавления от алкогольной зависимости. Реализован комплекс профилактических мероприятий с участием всех государственных органов и общественных организаций. Созданы областные, районные и городские многопрофильные передвижные центры (бригады) для организации пропагандистских, культурно-массовых мероприятий антиалкогольной направленности в молодежной среде. Планируется организация консультации врача-нарколога при проведении ежегодных медосмотров учащихся старших классов.

Согласно постановлению Совета министров №317 в Беларуси изменены правила розничной продажи пива и слабоалкогольных изделий. Документом ограничен круг мест, в которых разрешена продажа пива и слабоалкогольных изделий. Запрет на реализацию

алкоголя вводится в торговых объектах, расположенных в учебных заведениях, лечебных, детских театрально-зрелищных и воспитательных учреждениях, в зданиях производственных организаций и на объектах строительства. С 2011 г. осуществлялась реализация Государственной программы национальных действий по предупреждению и преодолению пьянства и алкоголизма на 2011–2015 гг., утвержденная постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 11 января 2011 г. № 27.

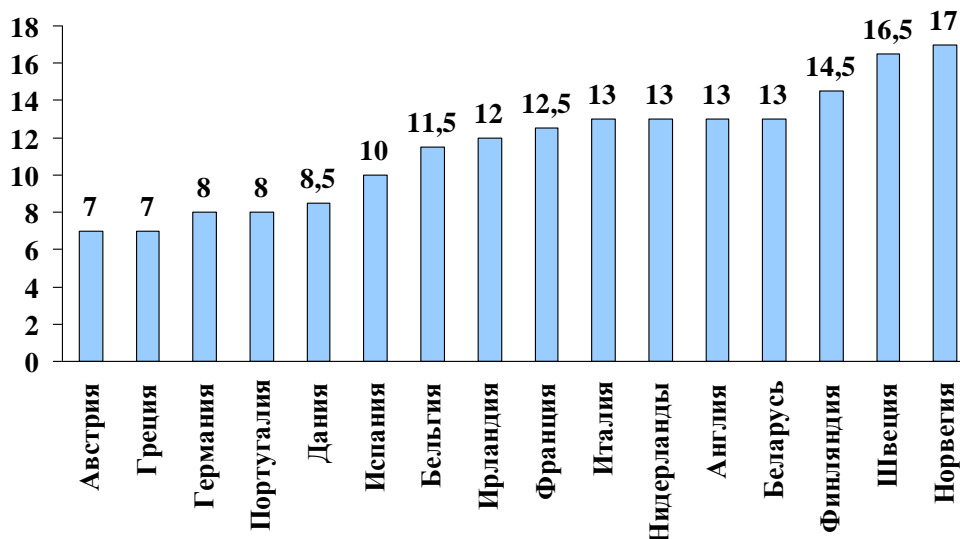


Рисунок 1. Распределение стран по уровню строгости антиалкогольных законодательств.

На рисунке 1 представлен сравнительный анализ строгости антиалкогольного законодательства в Беларуси и странах Западной Европы. Исходя из формальных критериев антиалкогольная политика в Беларуси может считаться достаточно строгой и всесторонней, по крайней мере, в сравнительном аспекте с Западно-Европейскими аналогами. В этой связи естественным образом возникает вопрос: почему уровень связанных с алкоголем проблем значительно выше в Беларуси, чем в странах Западной Европы? Среди множества возможных причин такой ситуации наиболее вероятными являются несовершенство антиалкогольной политики и чрезвычайно слабый неформальный социальный контроль. Что касается непосредственно антиалкогольной политики, то в существующем варианте она не обеспечивает ни снижения доступности алкоголя, ни снижение спроса на него. Несмотря на государственную монополию цены на алкогольные изделия относительно цен на продукты питания невысоки. Кроме того, существует плохо контролируемый со стороны государства нелегальный рынок алкоголя, который составляет от 30 до 50% от объемов государственной торговли [3]. Под неформальным социальным контролем подразумевается совокупность общепринятых норм и обычаев, регламентирующих отношение к алкоголю. Реальностью нашей повседневной жизни стало практически полное отсутствие правил и обычаев, носящих антиалкогольную направленность и обилие в полном смысле алкогольных обычаев. Высокий уровень связанных с алкоголем проблем в нашей стране свидетельствует о необходимости совершенствования антиалкогольной политики с учетом международного опыта, а также собственного исторического опыта.

Государственная антинаркотическая политика

В Беларуси негативные тенденции, связанные с распространением наркотиков и наркопреступности, находятся под пристальным вниманием государственных органов [1].

Предотвращением незаконного оборота наркотиков занимаются ряд министерств и органов государственного управления, а также предпринимаются меры по объединению усилий и координации этой деятельности.

С 1995 г. в Беларуси функционирует Межведомственная комиссия по борьбе с преступностью, коррупцией и наркоманией при Совете Безопасности, созданная Указом Президента Республики Беларусь и координирующая работу правоохранительных органов. В состав Комиссии, возглавляемой Генеральным прокурором, вошли руководители ключевых министерств и других республиканских органов государственного управления, а также председатели Верховного Суда и Высшего Хозяйственного Суда. О ситуации с распространением наркотиков постоянно информируются Президент Республики Беларусь и Совет Безопасности. В основу деятельности Комиссии в самом начале была положена необходимость выработки стратегии противодействия распространению наркотизации населения. В 1996 г. Кабинет Министров Республики Беларусь утвердил Концепцию государственной политики по контролю за наркотическими средствами и психотропными веществами и их потребления в Республике Беларусь. Основными положениями Концепции являются: совершенствование порядка регулирования законного оборота наркотических средств и психотропных веществ; борьба с их незаконным оборотом; предупреждение незаконного потребления указанных средств; избавление и социальная реабилитация страдающих наркоманией; законодательное обеспечение и международное сотрудничество.

С 1997 г. в рамках положений данной Концепции были выполнены три Государственные программы комплексных мер противодействия злоупотреблению наркотическими средствами и психотропными веществами и их незаконному обороту сроками на 1997–2000 гг., на 2001–2005 гг., 2006–2010 гг. Постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 30.10.2008 г. № 1634 была утверждена очередная Государственная программа комплексных мер противодействия наркомании, незаконному обороту наркотиков и связанным с ними правонарушениям в Республике Беларусь на 2009–2013 годы. Основные цели программы являлись: снижение уровня преступности, связанной с нелегальным оборотом наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров; обеспечение плановой и скоординированной деятельности государственных органов и иных государственных организаций при осуществлении организационно-правовых, организационно-практических мероприятий, направленных на эффективную профилактику, выявление и пресечение незаконного оборота наркотиков и сопутствующих ему правонарушений.

Мероприятия по противодействию потреблению наркотических средств и психотропных веществ и их незаконного оборота предусмотрены также в действующих Межгосударственных программах со странами СНГ и в Программах Союзного государства Беларуси и России. В соответствии с решениями Комиссии Парламентского Собрания Союза Беларуси и России по социальной политике, науке, культуре и гуманитарным вопросам, реализована «Союзная целевая программа борьбы с преступностью несовершеннолетних на 2004-2007 гг.». В рамках Союзного государства действует совместная программа пресечения наркобизнеса, в соответствии с которой с мая 2005 ведется взаимный обмен информацией о лицах, задержанных за сделки с наркотиками, создана электронная база данных. Ежемесячно руководители главных управлений и региональных подразделений криминальной милиции двух стран проводят рабочие встречи по вопросам проведения розыскных мероприятий и борьбе с организованной преступностью. Что касается ситуации с социально опасными заболеваниями, то по данным, полученным в Посольстве Беларуси в РФ, утверждена Республиканская программа по борьбе с ВИЧ-инфекцией. Советом Министров принято постановление «О государственной программе комплексных мер противодействия злоупотреблению наркотическими средствами и психотропными веществами». С целью профилактики заболеваний, передаваемых половым путем, налаживается совместная работа с органами народного образования, открыты кабинеты анонимного обследования и лечения,

дневные стационары. С 1 января 2006 года в системе органов внутренних дел Беларуси введена в действие автоматизированная информационная система «Наркотики». По решению Совета Министров Беларуси, с декабря 1997 года в целях усиления борьбы с наркоманией в Беларуси, ужесточения контроля за производством и распространением наркотических средств.

Государственная антитабачная политика

Действующим в настоящее время основным актом антитабачного национального законодательства является Декрет Президента Республики Беларусь от 17 декабря 2002 г. №28 «О государственном регулировании производства, оборота и потребления табачного сырья и табачных изделий» (Декрет №28), который был принят в целях усиления государственного контроля за производством, оборотом и потреблением табачного сырья и табачных изделий. В данном документе, в частности, содержатся требования к информации, указываемой на потребительской таре (упаковке) табачных изделий, а именно: «На потребительской таре (упаковке) табачных изделий, произведенных в Республике Беларусь или импортированных на ее территорию, должны быть указаны сведения на русском или белорусском языке, предупреждающие о вреде курения, о запрете продажи этих изделий гражданам в возрасте до 18 лет».

Таблица 1. Цены на сигареты в Европе в 2013 г. (цена за пачку в \$)

Беларусь	1,25	Норвегия	16,11
Сербия	1,59	Великобритания	13,53
Украина	1,95	Ирландия	12,79
Албания	2,03	Швейцария	9,29
Россия	2,5	Франция	9,25

Вопросы, связанные с табакокурением, регулируются также рядом других правовых актов. Так, пунктом 3 статьи 17 Закона Республики Беларусь от 10 мая 2007 г. №225-3 «О рекламе» определено, что «запрещаются размещение (распространение) рекламы табачных изделий», а постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 12 ноября 2007 г. №1497 «О реализации Закона Республики Беларусь «О рекламе» утверждено Положение о порядке размещения (распространения) на территории Республики Беларусь рекламы алкогольных и табачных изделий в средствах массовой информации, которым установлено, что «...с 1 января 2008 г. размещение (распространение) рекламы табачных изделий в средствах массовой информации запрещается». Действовавшими до 9 сентября 2013 г. Правилами пользования жилыми помещениями, содержания жилых и вспомогательных помещений жилого дома в Республике Беларусь, утвержденными приказом Министерства жилищно-коммунального хозяйства Республики Беларусь от 7 декабря 1999 г. №177 «Об утверждении и введении в действие Правил пользования жилыми помещениями, содержания жилых и вспомогательных помещений жилого дома в Республике Беларусь», было определено, что «...не допускается курение в подсобных помещениях квартиры, где проживает несколько нанимателей или собственников, а также вспомогательных помещениях жилого дома».

Таблица 2. Влияние стоимости сигарет на количество курильщиков

Страна	Процент курильщиков	Место в рейтинге ВОЗ по числу курильщиков в Европе	Средняя цена пачки сигарет, долларов	Сколько пачек сигарет можно купить на среднюю зарплату
Австрия	44%	1	6,4	397
Греция	36%	2	5,17	184
Россия	34%	3	2,5	522
Беларусь	24%	11	1,25	391
Великобритания	14%	16	13,53	264
Швеция	11%	17	8,87	377
Узбекистан	10%	18	2	263

Государственный комитет по стандартизации Республики Беларусь постановлением от 24 декабря 2008 г. №64 «Об утверждении, введении в действие, изменении и отмене технических нормативных правовых актов в области технического нормирования и стандартизации» утвердил действующее только на территории Республики Беларусь изменение №4 ВУ к ГОСТ 3935-2000 «Сигареты. Общие технические условия» (введено в действие 01.06.2010 г.), содержащее, в частности, новую редакцию сведений, представленных на потребительской таре сигарет. В соответствии со статьей 2 Закона Республики Беларусь от 14 июня 2005 г. №26-3 «О ратификации Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака» Совет Министров Республики Беларусь должен был принять меры, необходимые для реализации положений Конвенции. План мероприятий по реализации РКБТ был разработан и утвержден Советом Министров Республики Беларусь 30 ноября 2005 г. Данный документ остается до настоящего времени единственным, утвержденным на правительственном уровне, что рекомендовано статьей 4 РКБТ. Разработанные впоследствии программные документы утверждались только Министерством здравоохранения Республики Беларусь. В настоящее время в стране реализуются Концепция реализации государственной политики противодействия потреблению табака на 2011-2015 годы и Комплексный план мероприятий по борьбе против табакокурения на 2011-2015 годы, утвержденные приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 15.04.2011 г. №385.

В целом, Концепция реализации государственной политики противодействия потреблению табака на 2011-2015 годы представляет собой хорошо проработанный документ, направленный на ограничение табакокурения и борьбу с его последствиями. В то же время, действующее в республике антитабачное законодательство не обеспечивает существенного снижения распространенности табакокурения. По сравнению с соседними странами: Россией, Украиной, Литвой, Латвией, Беларусь сильно отстает по внедрению Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака. В частности, Беларусь недостаточно продвинулась в вопросе запрета курения в закрытых общественных местах, а также повышения цены на табачные изделия. Поскольку торговля табачным товаром является одной из основных статей пополнения бюджета (18,2% от доходной части бюджета в 2013 г.) акцизы на сигареты в последние годы постоянно повышались. Тем не менее, Беларусь отстает по темпам повышения акцизов на табачные товары от других стран-участниц Таможенного Союза, а также других соседних стран, поскольку в Беларуси удельный вес налога в цене табачных изделий составляет чуть более 40%, в то время как в Польше и Латвии - 80%, в Литве - 75%, в Украине - 60%. Вследствие этого цена сигарет в Беларуси остается одной из самых низких в регионе (таблица 1). Этот фактор и является одной из основных детерминант высокой распространенности табакокурения в Беларуси, поскольку

данные, представленные в таблице 2 говорят о прямой корреляции между финансовой доступностью сигарет и распространенностью табакокурения. Кроме того, действие властей в отношении табака в ряде случаев можно назвать противоречивыми. Так, например, снижая финансовую доступность сигарет с одной стороны, власти повышают его физическую доступность, устанавливая табачные киоски на всех остановках общественного транспорта.

Следует отметить, что активное участие в противодействии распространению алкогольного потребления, табакокурения и наркопотребления в Беларуси играют общественные организации: Белорусское объединение «Трезвенность-Оптималист», Белорусское общественное объединение «Республика без наркотиков», Республиканское общественное объединение «Матери против наркотиков» и ряд других.

Литература

1. Лелевич В.В., Веницкая А.Г., Лелевич С.В., Разводовский Ю.Е. Наркопотребление и незаконный оборот наркотиков в Республике Беларусь. – Минск, 2012. 141 с.
2. Медведев А.С. Кралько А.А., Разводовский Ю.Е. и др. Медико-социальные и социально-экономические последствия употребления алкоголя в Республике Беларусь. – Минск, 2013. – 157 с.
3. Разводовский Ю.Е. Алкоголизм: медицинские и социальные аспекты. – Berlin: LAP Lambert Academic Publishing Gmb & Co. KG. 2012. 294 с.
4. Разводовский Ю.Е. Алкогольная ситуация в Беларуси. // Вопросы Наркологии. – 2013. - №3. - с. 5-13.

ТАБАК И АЛКОГОЛЬ КАК ФАКТОРЫ РОЖДЕНИЯ НЕПОЛНОЦЕННОГО ПОТОМСТВА

И.В. Николаев

Международная Академия Трезвости, Новосибирск

В настоящей работе представлены данные, касающиеся влияние табакокурения, употребления алкоголя и других ксенобиотиков на потомство. Приведены данные русского генетика Кольцова Н.К. об опыте с морскими свинками. Обсуждается «Закон трёх биопоколений» и последствиях его нарушения.

Ключевые слова: табак, алкоголь, токсичность, потомство.

Влияние табакокурения на наследственность

Табачный дым содержит 186 различных токсинов и по своей ядовитости превосходит выхлопные газы автомобиля более чем четыре раза [1,2]. Как следует из таблицы 1, в табачном дыме не содержится веществ, которые были бы хоть в какой-то степени полезны для человеческого организма. По своей вредности на первое место следует поставить оксид углерода (СО), который совместно с цианистым водородом (HCN), в быту часто именуемым как смертельно опасная синильная кислота, поражают эритроцитарную систему организма, вызывая кислородное голодание всего организма. Но раньше всех кислородный голод ощущают клетки центральной нервной системы, головного мозга и сердца. Отсюда головные боли, повышенная раздражительность и утомляемость, повышенное артериальное давление, нарушения сна и аппетита. На второе место по своей вредности на организм следует поставить никотин.

Как же курение табака влияет на половую сферу человека? Для ответа на этот вопрос приведём выдержку из монографии [3]:

«У мужчин курение может затруднить зачатие ребёнка. Снижено количество сперматозоидов, подвижность их уменьшена, соответственно снижена плодовитость. Указанные болезненные изменения половой сферы возрастают с увеличением числа выкуриваемых сигарет. Имеет значение и длительность курения. Со временем меняется концентрация ряда гормонов в крови, в том числе половых, развиваются сосудистые расстройства, ослабляется потенция.

У женщин курение вызывает ещё более серьёзные последствия...Особое беспокойство у врачей вызывает курение в наиболее детородном возрасте – от 20 до 30 лет...Неблагоприятное воздействие курения на женщину пагубно не только из-за появления у неё или обострения различных заболеваний внутренних органов (хронические бронхиты, пневмонии, сердечно-сосудистые расстройства и т.п.).

Хроническое отравление никотином вызывает нарушение менструального цикла и уменьшение способности к зачатию. Вероятность забеременеть у курящей женщины составляет всего только 67% от такой вероятности у некурящей. Если беременность и наступает, то она протекает неблагоприятно. При ежедневном выкуривании от 10 до 20 сигарет в день у женщин развиваются такие осложнения, как кровотечения и разрывы плаценты. В плаценте обнаруживаются участки омертвения тканей. Число сосудов в ней уменьшается. Никотин вызывает спазм маточных сосудов, в результате чего кровообращение в плаценте нарушается. Никотин проникает к плоду не только через плаценту. Он обнаруживается в амниотической жидкости и может быть заглочен. В организме плода, следовательно, возможна более длительная циркуляция никотина, чем в организме матери.

Таблица 1. Состав табачного дыма.

	Составные части дыма	Концентрация в одной сигарете	Биологический эффект
1	Твёрдые частицы и табачный дёготь	15 – 40 мг	Т, К
2	Оксид углерода (СО)	10 – 23 мг	Т
3	Никотин	1 – 2,5 мг	Т
4	Ацетон	100 – 200 мкг	Н
5	Оксид азота (NO ₂)	100 – 600 мкг	Т
6	Муравьиная кислота	80 – 600 мкг	Т
7	Цианистый водород (HCN)	400 – 500 мкг	Т
8	Аммиак (NH ₃)	50 – 130 мкг	Т
9	Акролеин	50 – 130 мкг	К
10	Бензол	20 – 50 мкг	К, Н
11	Акрилонитрил	1,5 - 3,3 мкг	К
12	Фенол	60 – 140 мкг	К
13	Бензопирен	10 – 50 нг	К
14	Полоний-210 (²¹⁰ Po)	0,3 – 1,0 рКи	К
15	Цезий-137 (¹³⁷ Cs)	0,3 – 1,0 рКи	К
16	Свинец (Pb)	-	Т
17	Висмут (Bi)	-	Т
18	Всего около 6000 компонентов	-	Т

Условные обозначения: Т – токсин; К – канцероген; Н – наркотик.

Всё это неблагоприятно влияет на развитие плода.

У курящих женщин значительно чаще, чем у некурящих, наблюдаются ранние и поздние выкидыши, внутриутробная гибель плода, преждевременные роды, снижение массы тела новорождённого на 200 – 300 г по сравнению с нормой, и снижение жизнеспособности плода... Чаще встречаются осложнённые роды и родовой травматизм. У курящих матерей в два раза чаще наблюдается внезапная смерть новорождённых.

Наступающая вследствие спазма сосудов плаценты кислородная недостаточность плода отражается на дальнейшей жизни ребёнка. Дети отстают в умственном и физическом развитии. У них длительное время остаётся расстройённой вегетативная нервная система, сохраняется гормональный дисбаланс.

После рождения ребёнка у него может развиваться абстинентный синдром вследствие лишения привычного поступления никотина. Расстройство обмена веществ сопровождается расстройством функций вегетативной нервной системы: дети беспокойны, кричат, плохо спят, плохо берут грудь, медленнее набирают массу тела. Курение женщин во время беременности отражается на здоровье её детей длительное время. Даже в семилетнем возрасте такие дети имеют меньший рост, чем дети некурящих женщин, у них чаще возникает отставание во время учёбы.

Употребление алкоголя нередко сочетается с курением или систематическим приёмом других токсических средств, вызывающих развитие психической и физической зависимости у человека. Курение, наркомания, а также токсикомания – это привыкание к некоторым наркотическим или токсическим веществам, действующим на центральную нервную систему. Привыкание выражается в изменении реакции организма на действие данного наркотика, повышении переносимости и вследствие этого вынужденном стремлении к увеличению принимаемых доз, потребности в повторных приёмах этого вещества и

развитии абстиненции, т.е. комплекса признаков расстройства психического и физического состояния, тягостного для больного, при лишении последнего привычного вещества...»

К сказанному следует добавить, что статистика, относящаяся ко времени написания цитируемой монографии, давала следующие цифры относительно рождения детей у курящих женщин:

- 3% мёртвождённых;

- 19% составляли преждевременные роды. У остальных родившихся детей наблюдались отклонения в становлении эритроцитарной системы, желтуха, малая масса тела, бронхо-лёгочные заболевания, различные иммунные нарушения [4].

Было бы наивным полагать, что в «стране окурков», где сегодня курят 40,6% населения, или 59 млн. человек, где постоянно «дымят» 67% российских мужчин и 20% женщин, в том числе совсем юных девушек, а остальное население, в том числе и дети, являются пассивными курильщиками, эта печальная статистика изменилась в лучшую сторону [5, 6]. Скорее, наоборот. Подтверждением этому, может быть публичное признание бывшего министра обороны С. Иванова, что в России «сегодня из десяти новобранцев восемь не пригодны для несения воинской службы». Данные, приводимые в монографии [6] лишь подтверждают эту печальную картину: *«Тератогенное действие табачного дыма наблюдал Ней (Naeye, 1978), когда он зарегистрировал большое число случаев не только мертворождений, но и детей с врождёнными уродствами и пороками развития органов и систем, несовместимых с жизнью, такими, как анэнцефалия, микроцефалия, водянка мозга (гидроцефалия). Наступающие изменения вследствие табако-курения отражают поражения генетического характера, так как совершенно чётко и неоспоримо доказано, что у курящих отцов часто наблюдаются глубокие и неоспоримые изменения сперматозоидов. По-видимому, в этой связи у них в 2 раза чаще, чем у некурящих мужчин, рождаются дети с врождёнными пороками и аномалиями развития. Клинические наблюдения Козыревой О.И. (1982) свидетельствуют о том, что у женщин, выкуривающих до 20 сигарет в день и более, чаще рождаются дети с недоразвитием мозга и микроцефалией. В частности, и такое врождённое слабоумие как болезнь Дауна, чаще встречается у детей от матерей-курильщиц».*

Влияние алкоголя на наследственность

Ниже мы приводим фрагмент статьи выдающегося русского учёного-биолога Н.К. Кольцова «Алкоголизм и наследственность», опубликованной в российском журнале «Природа» №4 за 1916 год (Сегодня имя Николая Кольцова носит город науки под Новосибирском – наукоград «Кольцово»):

«Несколько лет назад в Англии возникло беспокойство за судьбы английского народа¹, главные массы которого живут в городах, в тесноте и бедности и вырождаются под влиянием негигиенических условий жизни и, в первую очередь, алкоголизма.

Комиссии биологов предстояло решить, передаются ли по наследству эти признаки вырождения или же никакой порчи наследственности не происходит и с улучшением условий жизни, с устранением алкоголизма к населению в полной мере вернётся здоровье. Комиссия пришла к выводу, что верно второе предположение, т.к. её члены придерживались точки зрения А. Вейсмана² о не наследовании приобретенных признаков, а влияние алкоголя они сочли за приобретенный признак.

¹ Это было начало XX –го столетия, после более чем трёхсот лет развития капитализма в Англии. Условия жизни трудового люда тогдашней Англии подробно описано в исследовательской работе Ф. Энгельса «О положении рабочего класса Англии».

² А. Вейсман (1834 - 1914) - один из представителей антидарвинистского направления в биологической науке. А. Вейсман полагал, что «наследственное вещество» является вечным и неизменным, независимым от внешней среды, в которой живут организмы, никогда не возникает заново, а передаётся из поколения в поколение без

Однако Стоккард и Папаниколау в экспериментальной работе «О наследственной передаче вырождения у потомков алкоголизированных млекопитающих» (журнал “The American Naturalist” за февраль – март 1916 г.) пришли к противоположному результату: признаки вырождения от алкоголизма стойко передаются потомкам.

Авторы этой работы держали морских свинок в состоянии длительного опьянения, ежедневно подвергая их действию паров спирта. От таких пьяных морских свинок, самцов и самок, они получали потомство, которое держали уже совершенно трезвым. От первых производителей-пьяниц P получены трезвые поколения детей F₁, внуков F₂, и правнуков F₃.

Таблица 2 даёт частоты бесплодных спариваний, мертворождённых детёнышей и среднее число детёнышей в плодовитых спариваниях при скрещивании морских свинок-алкоголиков, а также их потомков.

Таблица 2. Частота бесплодных спариваний, мертворождённых детёнышей, среднего числа детёнышей в плодовитых спариваниях при скрещивании морских свинок-алкоголиков, а также их потомков.

Скрещивание	Число скрещиваний			Число детёнышей в плодовитых спариваниях				Коэффициент воспроизводства
	беспл	плод	всего	мёртв	живых	всего	среднее	
♂P _{норм} Ч ♀P _{норм}	-	-	-	16%	84%	100%	~ 2,5	1,00
♂P _{алк} Ч ♀P _{норм}	44 36%	79 64%	123 100%	110	82	192	1,6	0,33
♂P _{алк} Ч ♀P _{алк}	20 49%	21 51%	41 100%	57%	43%	100%	1,9	0,26
F ₁ Ч F ₁ → F ₂	55 28%	139 72%	194 100%	135 56%	105 44%	240 100%	1,7	0,37
F ₂ Ч F ₂ → F ₃	48 40%	71 60%	119 100%	84 72%	32 28%	116 100%	1,6	0,20

Самый характерный результат опытов – обилие уродов в F₂ и F₃. Чаще всего уродства наблюдались на глазах и лапах. В глазах часто бывает катаракта (непрозрачность хрусталика), часто один глаз неразвит или отсутствует вообще; у двух особей, три прадеда которых были алкоголиками, наблюдалось полное отсутствие глаз и даже зрительных нервов. Задние лапы часто парализованы и дефектны. Крайние уроды, безглазые и беспалые, обычно бесплодны или же гибнут вскоре после рождения...»

«Таким образом, механизм наследования последствий алкоголизма заключается не в том, что под влиянием алкоголя у производителей портятся глаза, органы движения, нервная система и т.д. и эти приобретенные признаки в той или иной форме передаются по наследству, а в том, что алкоголь непосредственно влияет на зачатковую плазму и повреждает её в той или иной более или менее резкой степени. В этом смысле следует рассматривать опыты Стоккарда и Папаниколау как искусственное вызывание вспышки разнообразных мутаций. Следовательно, алкоголь является настоящим мутагеном.

Выводы. Алкоголь влияет на половые клетки непосредственно и вызывает в них наследственные изменения. Многие гаметы теряют способность оплодотворения или же после оплодотворения вызывают уродства и гибель зародыша. Выжившие особи, даже имея нормальный вид, бесплодны или дают уродливое потомство.

каких бы то ни было качественных изменений. Причём, Вейсман считал, что «наследственное вещество» принципиально непознаваемо.

Зависимость наследования аномалий от пола указывает, что повреждения касаются также и половых хромосом, т.е. определённо имеют характер генных и хромосомных мутаций. В потомстве самцов-алкоголиков (X^*Y^*) в большей степени поражаются аномалиями самки (X^*X), в потомстве самок-алкоголиков (X^*X^*) и нормальных самцов (XY) – самцы (X^*Y). Это объясняется тем, что в обоих случаях в большей степени поражается тот пол, которому достаётся повреждённая алкоголем X -хромосома, или не достаётся для компенсации её дефектов нормальная X -хромосома. Y -хромосома несёт незначительную долю генома и поэтому повреждается реже, чем X -хромосома».

В переносе этой закономерности на популяцию людей это означает следующее:

1. у отцов-алкоголиков чаще и больше генетическими нарушениями страдает поколение по женской линии;
2. у матерей-алкоголичек при нормальных отцах чаще и больше генетическими аномалиями страдают потомки по мужской линии;
3. если оба родителя являются алкоголиками, то генетическими аномалиями в равной степени страдает потомство как по мужской, так и по женской линиям.

Данные таблицы «Частот бесплодных спариваний...» дают наглядное представление о динамике вымирания популяции:

1. потомство отцов-алкоголиков, выживших в первом поколении (F_1), составляет всего 0,33, или 1/3 от родительской группы;
2. потомство отцов-алкоголиков во втором поколении (внуки – F_2) составляет $0,33 \cdot 0,37 = 0,12$, т.е. менее 1/8 части от первоначальной родительской группы;
3. потомство отцов-алкоголиков в третьем поколении (правнуки - F_3) составляет $0,33 \cdot 0,37 \cdot 0,20 = 0,024$, т.е. менее 1/42 первоначальной родительской группы. Это означает полное и окончательное вымирание всей популяции, подвергшейся губительному воздействию алкоголя.

Для иллюстрации сформулированных положений служит таблица 3.

Таблица 3. Частота появления генетических аномалий в зависимости от пола производителей.

1.	$\begin{aligned} &\rightarrow \text{♀♀X}^*\text{X} \\ \text{♂P}_{\text{ан}} \text{ Ч } \text{♀P}_{\text{норм}} &\rightarrow \text{♂X}^*\text{Y}^* \text{ Ч } \text{♀XX} = & \text{P}_{\text{♀ан}} > \text{P}_{\text{♂ан}} \\ &\rightarrow \text{♂♂XY}^* \end{aligned}$
	<p>Частота $\text{P}_{\text{♀ан}}$ появления аномальных самок выше частоты $\text{P}_{\text{♂ан}}$ появления аномальных самцов.</p>
2.	$\begin{aligned} &\rightarrow \text{♀♀XX}^* \\ \text{♂P}_{\text{норм}} \text{ Ч } \text{♀P}_{\text{ан}} &\rightarrow \text{♂XY} \text{ Ч } \text{♀X}^*\text{X}^* = & \text{P}_{\text{♀ан}} < \text{P}_{\text{♂ан}} \\ &\rightarrow \text{♂♂X}^*\text{Y} \end{aligned}$
	<p>Частота $\text{P}_{\text{♂ан}}$ появления аномальных самцов выше частоты $\text{P}_{\text{♀ан}}$ появления аномальных самок.</p>
3.	$\begin{aligned} &\rightarrow \text{♀♀X}^*\text{X}^* \\ \text{♂P}_{\text{ан}} \text{ Ч } \text{♀P}_{\text{ан}} &\rightarrow \text{♂X}^*\text{Y}^* \text{ Ч } \text{♀X}^*\text{X}^* = & \text{P}_{\text{♀ан}} \approx \text{P}_{\text{♂ан}} \\ &\rightarrow \text{♂♂X}^*\text{Y}^* \end{aligned}$
	<p>Частоты P появления аномальных самцов и самок примерно одинаковы!</p>

Французский врач Морель, исследовавший по записям актов гражданского состояния судьбы потомков знатных французских родов, ещё в XIX веке писал об аналогичной ситуации в человеческом обществе:

«В первом поколении нравственная испорченность, алкогольные излишества; во втором – пьянство в полном смысле слова; представители третьего поколения страдали ипохондрией, меланхолией, были склонны к самоубийству; в четвёртом поколении – тупость, идиотизм, бесплодие».

Сформулированная в таком виде закономерность получила название: «Закон Мореля», или «Закон трёх биопоколений».

Неблагополучие в этой сфере бытия современного российского общества хорошо видно по росту числа так называемых «детских домов» и «спецшкол» для умственно отсталых детей во всех регионах страны, а так же по лихорадочной деятельности властей по расселению этих «детских домов» путём создания «семейных детских домов» с приёмными родителями. Сюда же следует отнести и практику «усыновления» этих несчастных детей иностранными гражданами. О том, что существует практика подпольной торговли человеческими органами, в том числе и детскими, официальная статистика умалчивает.

Катастрофическое положение дел в этой сфере бытия российского общества подтверждает авторитетный учёный, педиатр, директор Научного центра охраны здоровья детей РАМН академик А. Баранов: «из каждых 1000 младенцев, родившихся в крупных индустриальных городах России, у 800 – 900 выявляются те или иные врождённые патологии развития» [7].

Выдающийся педагог современности, доктор медицинских наук, профессор В.Ф. Базарный так прокомментировал эти строки: «...читая эти жуткие цифры, у нас не хватает мужества признать, что на фоне тех ценностей и «свобод» жизни, которые навязали нам лукавые, постепенно, но неумолимо заканчиваются полноценные дети, а следовательно, заканчивается сам человек» (там же). Заметим, что там, где «заканчивается сам человек», заканчивается ЧЕЛОВЕЧЕСКОЕ общество!

Ещё в 1991 году, Великий патриот и патриарх трезвости, академик АМН с мировым именем, Ф.Г. Углов высказал тревогу по поводу генетического здоровья русской нации в своей статье «Под угрозой – генофонд нации» [8]: *«Алкогольные наркотики являются именно такой «верблюжьей кожей» (речь идёт о среднеазиатском обычае превращения пленников в манкуртов, описанном в романе Ч. Айтматова «Буранный полустанок» - И.Н.). При употреблении их человек постепенно превращается в биоробота, в манкурта, для которого становится безразличной судьба его родных и близких, будущее народа и Родины.*

Сегодня, по данным Б.И. Исакова, в стране насчитывается не менее 26 млн. геноослабленных людей, то есть имеющих повреждение генетического кода. Большинство из них – ещё дети и школьники. Нельзя считать, что все эти люди – дебилы или идиоты, они составляют только половину. Другая половина имеет пониженный умственный уровень развития. При существующем уровне рождаемости через 40 лет эти 26 млн. превратятся в 80 млн. геноослабленных людей. Уже сегодня можно сказать, что под угрозой находится генетический код нации. А он-то и есть главное её сокровище. Способности и опыт, накопленный многими поколениями наших предков, спрессованы в индивидуальных генетических формулах и переданы нам как творческий потенциал нации, как её характер и черты. Наш общественный мозг должен, наконец-то осознать, что разрушение и потеря генетического уровня нации есть величайшее преступление не только перед живущими поколениями, но и перед будущим.

Повреждение генетического кода может наступить под воздействием любого из наркотиков, токсических веществ, радиации, живых вакцин, антибиотиков, стрессовых ситуаций... На современном этапе главным разрушителем нашего генетического потенциала являются наркотики. Они дают 96% повреждений генетического кода, тогда как все остальные повреждающие факторы, вместе взятые, - 4%».

Влияние других ксенобиотиков на наследственность

Кроме «разрешённых», или «социально приемлемых наркотиков», вроде алкогольных и табачных изделий, существует ещё масса веществ, вызывающих наркоманию. Наиболее распространённые из них это:

1. Опий и его препараты, а так же некоторые алкалоиды опия и его производные (морфий, кодеин, героин и др.);
2. Снотворные средства;
3. Индийская конопля – гашиш (план, анаша, марихуана);
4. Кокаин;
5. Стимуляторы ЦНС (первитин, фенамин и др.);
6. Галлюциногены – лизергид (ЛСД), мискалин, диметилтриптамин и др.;
7. К особой группе токсикоманий относится вдыхание ряда летучих веществ, широко применяемых в промышленности и бытовой химии, так называемое «нюхачество», а также различные «жевательные» смеси, в изобилии появившиеся на «чёрном рынке».

Все вышеназванные химические вещества наркотического свойства можно объединить одним термином – ксенобиотики. Влияние употребления «жёстких» наркотиков на потомство проиллюстрируем небольшой выдержкой из уже цитированной нами монографии [3, с. 86 – 87]: «... употребление наркотиков разрушительно действует на физическое здоровье человека. Как правило, у наркоманов развивается гастрит, гепатит, слабость сердечной мышцы. Наступает истощение, дефицит массы достигает 7 – 10 кг. Больные выглядят старше своих лет, на лице появляются обильные морщины, выпадают зубы. Снижается уровень половых гормонов и способность к зачатию. Быстро угасает половое влечение. Только четвертая часть наркоманов имеет детей. Судьба этих детей тяжела, поскольку токсическое действие наркотиков отражается и на потомстве.

Отравление детей наркотиками во внутриутробном периоде развития чревато формированием различных пороков и аномалий. Некоторые наркотические средства, в основном вызывающие галлюцинации (ЛСД), могут вызывать разрывы хромосом. Известно, хромосомные аномалии в половых клетках родителей могут иметь различные, но всегда тяжёлые последствия для потомства. Большинство зародышей с нарушением строения хромосом, как правило, погибает. Значительное число самопроизвольных аборт у женщин-наркоманок обусловлено именно хромосомными нарушениями. В ряде случаев половые клетки с аномалиями строения хромосом принимают участие в оплодотворении и дают начало новому организму. Но у таких эмбрионов нарушаются процессы органогенеза, часто не совместимые с жизнью. Рождаются мёртвые дети или дети с уродствами, с пониженной жизнеспособностью».

Как следует из приведенной выше информации, сегодняшняя российская действительность превосходит самые смелые предположения и опасения Ф.Г. Углова. Производители табачной и алкогольной отравы, в том числе и пива, лукаво отнесенного «законодателями» к «пиво-безалкогольной продукции», эти ЛОМЕХУЗЫ в человеческом обличье, уже не скрываясь, лоббируют свои интересы в Госдуме, в Администрациях Премьера и Президента. А общественное сознание, если судить по российским СМИ, продолжая пребывать в пьяном угаре и клубах табачного дыма, в упор не замечает гибели государство-образующей нации.

Литература

1. Курение и здоровье (Материалы МАИР). Перевод с англ. к.м.н. В.А. Косаренкова под редакцией Д.Г. Заридзе и Р. Пето. - М., Медицина, 1989, с. 204 – 205.
2. Казьмин В.Д. Курение, Мы и наше Потомство. - М., Сов. Россия, 1989, с. 45 – 46.

3. Таболин В.А., Жданова С.А., Пятницкая И.Н., Урывчикова Г.А. Алкоголь и потомство. - М., Высшая школа, 1988, с. 83.
4. Гавалов С.М., Демченко А.Е. Не кури мама!.. – Новосибирск: Новосибирское книжное изд-во, 1989, с. 27 - 34.
5. Николаев И.В. Алкоголь и табак – «бинарное» химическое оружие массового поражения. - Новосибирск, 2005. «Подспорье» (приложение к газете «Соратник»). – 2008. - №10 (89), ноябрь - с. 1 – 8.
6. Клещева Р.П. Табакокурение и мозг. Отв. ред. д.м.н. Л.К. Семёнова. - М.: Наука, 1991, 122 с.
7. В. Базарный. Деньги или дети? – газета «Знание-Власть». – 2011. - №47(546), ноябрь - с.8.
8. Ф. Углов. Ломехузы. - Ленинград, 1991, с. 95.

ПРОБЛЕМА ТАБАКОКУРЕНИЯ В БЕЛАРУСИ

Ю.Е. Разводовский

Международная Академия Трезвости, Гродно

В настоящей работе в сравнительном аспекте анализируется ряд показателей, характеризующих проблему табакокурения в Беларуси: распространенность табакокурения среди различных половых и возрастных групп населения, уровень продажи табачных изделий, цена на табачный товар, заболеваемость сердечно-сосудистой патологией и раком легких. Представленные данные говорят о высоком уровне распространенности табакокурения в Беларуси, несмотря на наметившуюся в последние годы тенденцию к снижению данного показателя. Повышение акцизов на табачные изделия и реальное их подорожание привело к снижению уровня продажи сигарет, удельного веса курящих, особенно среди молодежи, уровня заболеваемости сердечно-сосудистой патологией и раком легких среди мужчин. Эти данные согласуются с результатами эконометрических исследований, указывающих на существование обратной связи между финансовой доступностью табачных изделий и распространенностью табакокурения. Выявленная закономерность подтверждает существующее представление относительно того, что ценовое регулирование является наиболее эффективной стратегией снижения распространенности табакокурения, особенно среди молодежи.

Ключевые слова: табакокурение, распространенность, продажа сигарет, смертность, Беларусь.

Потребление табака остается медико-социальной проблемой современного общества [3,6-8]. Табакокурение ежегодно в мире убивает 5 миллионов человек, причем, согласно прогнозам, к 2030 году эта цифра вырастет до 10 миллионов [11]. Общее число курильщиков в мире оценивается в 1,1 миллиарда, при этом, наибольшую распространенность табакокурение получило в Европе и Центральной Азии, где этот показатель составляет 35% (56% мужчин и 17% женщин) [12]. Благодаря проведению активных мер профилактики, в последние три десятка лет во многих развитых странах отмечается снижение распространенности табакокурения, особенно среди мужчин [12]. В то же время, во многих развивающихся странах распространенность табакокурения растет [11].

Табакокурение является вторым по значимости фактором риска заболеваемости и смертности в Европейском регионе, незначительно уступая гипертензии [4]. Анализ бремени болезней в Европе, проведенный с помощью показателя DALY, показал, что основными факторами риска являются: повышенное кровяное давление (12,8%); табак (12,3%); алкоголь (10,1%) [4]. По оценкам Всемирной организации здравоохранения в настоящее время в Восточной Европе от болезней, связанных с курением ежегодно умирают 763 тысячи человек - это примерно четверть от общего числа погибших в мире по этой причине [12]. Причем около 80% этих людей умирают в возрасте до 70 лет [12].

Табакокурение ассоциируется с риском развития более 50 различных заболеваний, включая сердечно-сосудистую и легочную патологию [5]. Курение является фактором риска внезапной коронарной смерти. В недавно проведенном исследовании было оценено воздействие курения на риск внезапной смерти в большой группе пациентов, страдающих коронарной болезнью [12]. Всего было обследовано 3122 пациентов с ранее диагностированным инфарктом миокарда или стенокардией. За пациентами наблюдали в среднем в течение 8,2 лет. Основанием для прекращения наблюдения была внезапная коронарная смерть. Среди 370 пациентов, которые продолжали курить, внезапная коронарная смерть наступила у 30 (8,1%). У 83 (4,6%) из 1821 пациента, прекративших курить, и 43 (4,6%) из 931 пациента, которые никогда не курили, также наступила внезапная

коронарная смерть. Анализ результатов исследования показал, что продолжение курения связано со значительным (в 2,5 раза) ростом риска внезапной коронарной смерти. У прекративших курить пациентов риск внезапной коронарной смерти был почти таким же, как у никогда не куривших. Таким образом, продолжение курения является мощным фактором риска внезапной смерти у пациентов с коронарной болезнью сердца.

Хорошо известно, что пассивное курение повышает риск сердечных приступов на 30% [5]. Важное исследование о вреде пассивного курения было проведено в городе Хелена, штат Монтана США. Жители Хелены проголосовали в июне 2002 года за запрет курения во всех общественных зданиях, включая рестораны, бары и казино [11]. Вскоре врачи из местной больницы заметили, что число госпитализаций с сердечным приступом уменьшилось. Ими, совместно с учеными Калифорнийского университета из Сан-Франциско, было проведено исследование, целью которого была оценка эффектов запрета курения. Исследование показало, что не произошло изменений частоты сердечных приступов у пациентов, живущих за пределами города. А вот среди городских жителей этот уровень снизился на 58% в течение шести месяцев. Законодательный орган штата Монтана под давлением Ассоциации таверн Монтаны и табачных лоббистов аннулировал запрет в декабре 2002 года. В результате частота сердечных приступов вернулись к прежнему уровню. Причина падения и последующего увеличения распространенности сердечных приступов является пассивное курение. Всего 30 минут подверженности вторичному табачному дыму приводит к повышению агрегации тромбоцитов, что способствует тромбообразованию [11]. Сужение коронарных сосудов на фоне увеличения вязкости крови может вызвать сердечный приступ.

В Беларуси от болезней, связанных с курением, ежегодно умирают примерно 15,5 тысяч человек [2]. Табакокурение является причиной 30-40% всех случаев смерти от ишемической болезни сердца и 30% смертей от онкологических заболеваний. Согласно результатам социологического опроса, проведенного в 2012 году, в Беларуси курит 30,5% населения [2]. Среди мужчин доля курящих составляет 46,8%, среди женщин - 16,2%. Постоянными курильщиками являются 20,5% населения, в то время как 10% курят от случая к случаю. Более половины опрошенных приходится находиться рядом с курящими в различных местах (дома, в гостях, на работе и т.д.), тем самым, выступая в роли пассивного курильщика [2].

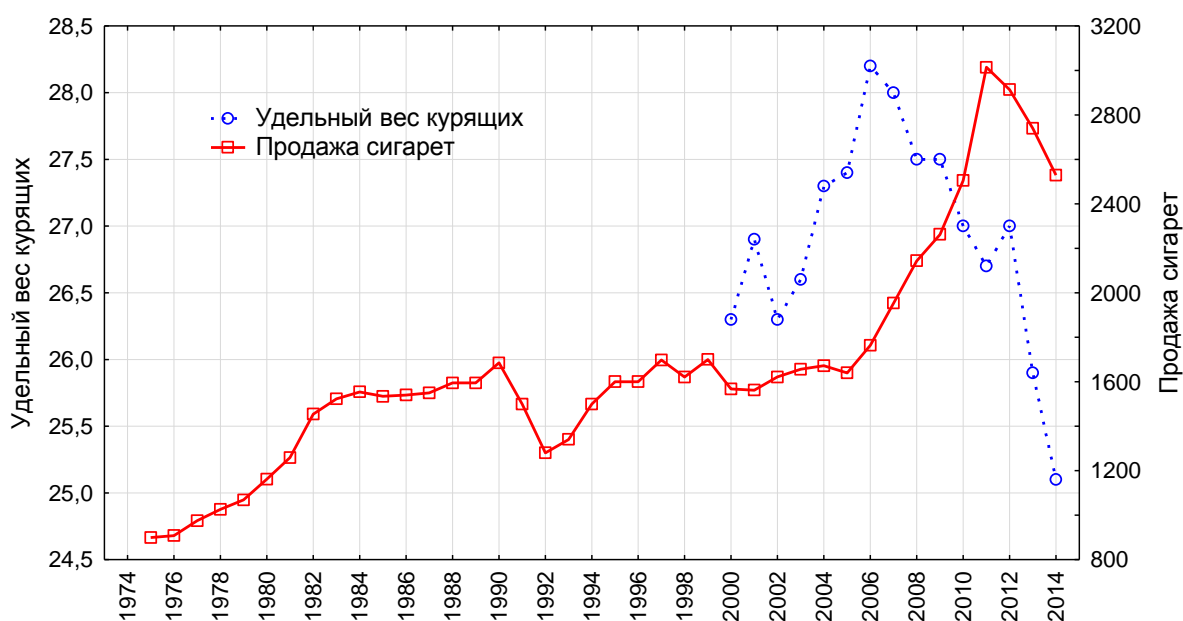


Рисунок 1. Динамика уровня продаж сигарет в Беларуси на душу населения в период с 1974 по 2014 годы (штук в год), а также динамика удельного веса курильщиков (в %) в период с 2000 по 2014 годы.

В Беларуси борьбе с табакокурением уделяется много внимания на государственном уровне. Приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 15.04.2011 г. №385 утверждены «Концепция реализации государственной политики противодействия потреблению табака на 2011-2015 годы» и «Комплексный план мероприятий по борьбе против табакокурения на 2011-2015 годы». Ожидаемым итогом реализации Концепции являлось создание условий для постоянного снижения распространенности потребления табака среди населения. В частности, в качестве целевого ориентира на среднесрочную перспективу к 2015 году было намечено снижение распространенности потребления табака среди населения на 10%.

На графике 1 представлена динамика уровня продажи табачных изделий на душу населения, а также динамика удельного веса курильщиков среди населения Беларуси. В период с 1975 по 2014 гг., уровень продажи сигарет на душу населения вырос в 2,8 раза (с 899 до 2529 штук). Данный показатель резко вырос в период с 1974 по 1984 годы, стабилизировался в последующие несколько лет, затем несколько снизился в период с 1990 по 1992 гг. Во второй половине 1990-х гг. и начале нынешнего века продажа сигарет держалась на уровне 1980-х годов. В период с 1995 по 2011 гг. отмечался резкий рост уровня продажи сигарет (в 1,8 раза), после чего данный показатель начал снижаться. Обращает на себя внимание стабилизация уровня продажи сигарет в середине 1980-х годов на фоне тенденции роста этого показателя. Это снижение ассоциируется со снижением уровня потребления алкоголя в период антиалкогольной кампании. Снижение уровня продажи сигарет в начале 1990-х, по всей видимости, является артефактом, обусловленным снижением качества официальной статистики с одной стороны и увеличением теневого оборота – с другой. Удельный вес курильщиков рос в период с 2000 по 2006 гг. (на 7,2%, с 26,3 до 28,2%), а затем стал снижаться. В период с 2006 по 2014 гг. этот показатель снизился на 11% (с 28,2 до 25,1%).

Обращает на себя внимание снижение удельного веса курильщиков на фоне роста уровня продажи сигарет в период с 2006 по 2011 гг. Одной из причин этих расхождений может быть то обстоятельство, что значительная часть произведенных в Беларуси сигарет контрабандным способом вывозятся в другие страны. По всей видимости, в последнее время масштабы этого явления существенно выросли. Согласно экспертным оценкам, в 2011 году из Беларуси было вывезено не менее 9 миллиардов штук сигарет [1].

В таблице 1 представлены данные выборочных обследований домашних хозяйств, проведенных Министерством статистики и анализа Беларуси. В 2014 году удельный вес курящего населения в возрасте 16 лет и старше составил 25,1% (48,0% среди мужчин и 8,9% среди женщин). Наибольший удельный вес курильщиков среди мужчин отмечался в возрастных группах 30-39 лет (58,7%) и 40-49 лет (57,8%). Доля курящих женщин растет с возрастом, достигая пика в возрастной группе 30-39 лет (16,3%), после чего снижается до минимального уровня (2,0%) в возрасте 60 лет и старше. В период с 2005 по 2014 годы удельный вес курящих мужчин снизился на 11,6% (с 54,3 до 48,0%), в то время как доля курящих женщин выросла на 23,6% (с 7,2 до 8,9%). Наибольшее снижение доли курильщиков среди мужчин отмечалось в возрастной группе 16-19 лет (-34,8%). Максимальный рост удельного веса курильщиц отмечался в возрастных группах 50-59 лет (+80,0%) и 40-49 лет (+64,%). В тоже время, доля курильщиц в возрастной группе 20-29 лет в рассматриваемый период снизилась на 19,6%. Таким образом, представленные данные говорят о том, что наибольшая распространенность табакокурения отмечается среди мужчин молодого и среднего, трудоспособного возраста. В последние десять лет отмечалась гендерная дивергенция трендов распространенности табакокурения: снижение среди мужчин и рост среди женщин. При разработке комплексного плана мероприятий по борьбе против табакокурения необходимо учитывать гендерные особенности распространенности табакокурения.

Таблица 1. Удельный вес курильщиков в процентах от общей численности населения в возрасте 16 лет и старше по данным выборочных обследований домашних хозяйств.

	2005	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Все население	27,4	27,5	27,0	26,7	27,0	25,9	25,1
Город	27,5	27,7	27,0	26,4	27,5	26,3	25,1
Село	27,0	26,9	26,9	27,5	25,6	24,7	25,0
мужчины	54,3	52,3	51,1	50,5	50,4	48,6	48,0
16-19	30,5	27,5	28,0	28,0	21,8	20,1	19,9
20-29	62,0	58,4	58,4	53,3	57,4	53,7	52,1
30-39	67,8	64,4	59,0	60,5	60,0	56,4	58,7
40-49	62,3	61,2	57,9	61,7	60,8	59,0	57,8
50-59	53,9	53,1	54,6	52,0	52,4	52,5	51,9
60+	35,3	28,9	31,4	30,3	29,9	30,8	28,5
женщины	7,2	9,2	9,8	9,6	10,2	9,7	8,9
16-19	4,7	5,2	5,5	3,3	7,2	4,6	4,8
20-29	15,3	15,6	17,6	15,6	17,3	14,1	12,3
30-39	12,8	16,8	18,1	20,2	19,2	19,2	16,3
40-49	7,9	11,3	12,1	13,4	12,7	14,3	13,0
50-59	4,5	6,3	6,7	6,1	8,1	7,3	8,1
60+	0,7	1,4	1,4	1,3	1,8	1,9	2,0

Результаты эконометрических исследования показали, что повышение стоимости сигарет снижает потребление табака [12]. При этом была установлена четкая зависимость, согласно которой повышение цены табачных изделий на 10% приводит к снижению табакокурения на 2,5-5,0% [9]. Ценовая эластичность спроса в странах с низким и средним уровнем доходов в 2 раза выше по сравнению со странами с высоким уровнем доходов, что позволяет считать ценовое регулирование эффективной стратегией снижения распространенности табакокурения в странах с низким уровнем доходов [11]. В контексте разработки стратегии профилактики важно также подчеркнуть, что ценовая эластичность спроса для подростков в 3 раза выше, чем для взрослых [9]. Такая закономерность кажется естественной, поскольку подростки обычно располагают ограниченными финансовыми ресурсами.

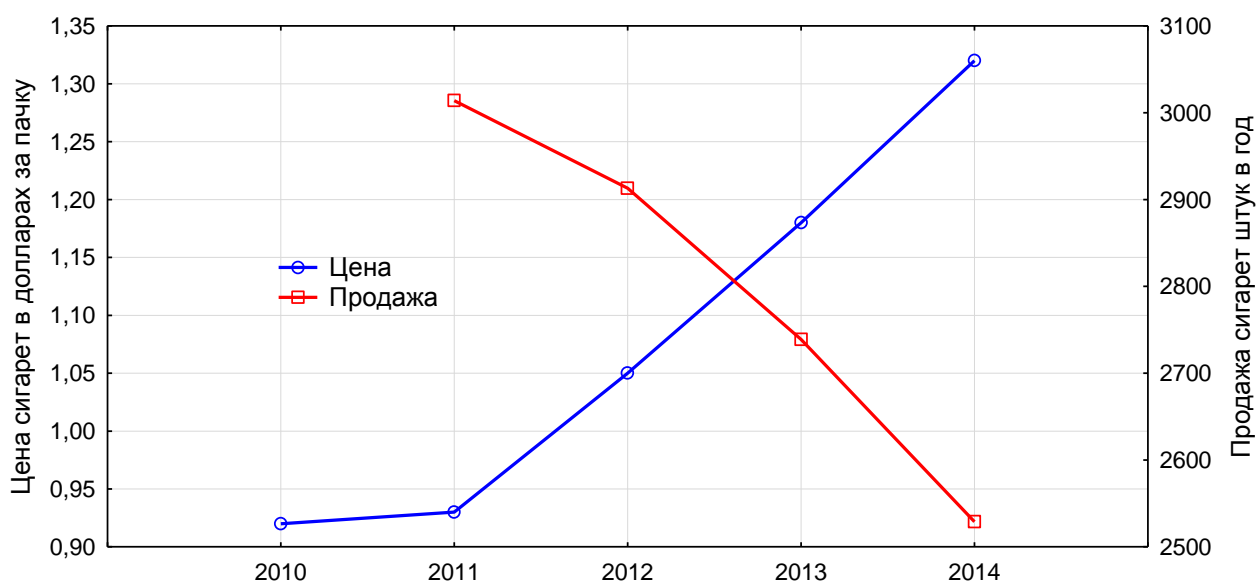


Рисунок 2. Динамика цены на табачные изделия (в долларах), а также уровня продаж сигарет на душу населения (штук в год) в период с 2010 по 2014 годы.

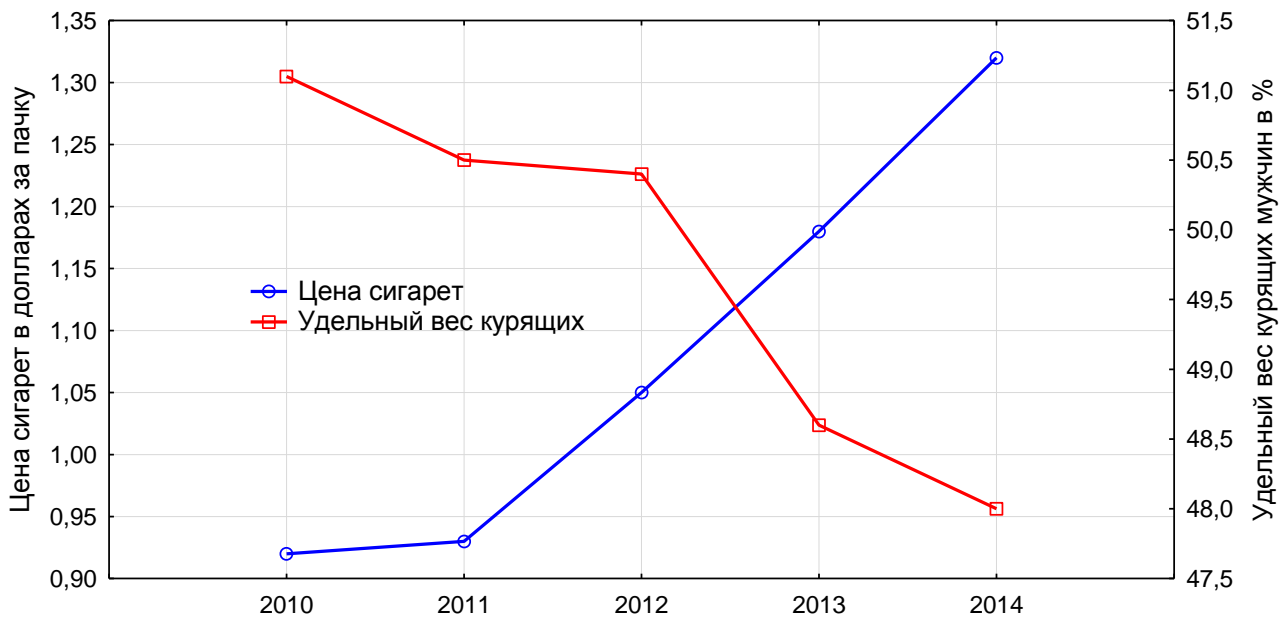


Рисунок 3. Динамика цены на табачные изделия (в долларах), а также удельного веса курящих мужчин (в %) в период с 2010 по 2014 годы.

В период с 2006 по 2010 гг. ставки акцизов на табачные изделия в Беларуси неоднократно повышались. За этот период минимальная ставка акциза на сигареты с фильтром выросла на 25% (с 4880 до 6100 рублей), что сопровождалось ростом цены на табачные изделия, которые за период с 2005 по 2010 гг. подорожали на 49%. Однако темпы роста цены на табачные изделия отставали от темпов роста инфляции, поскольку общий индекс потребительских цен в этот период вырос на 79%. Реальный рост цен на табачную продукцию начался в 2011 году, когда номинальные цены на сигареты выросли в 2-2,5 раза. В конце 2011 года ставки акциза на сигареты с фильтром и без фильтра выросли соответственно до 17000 и 4500 рублей. За последние пять лет табачные изделия подорожали с учетом девальвации в полтора раза. Так, если в конце 2009 года сигареты в среднем стоили 2375 рублей (84 цента), то в апреле 2014-го средняя цена за пачку составила 13 085 рублей (1,34 доллара). Реальное подорожание сигарет в этот период привело к резкому снижению уровня их продажи, а также удельного веса курящих, особенно среди мужчин (рисунок 2,3). Все это, в свою очередь, сопровождалось снижением уровня заболеваемости сердечно-сосудистой патологией (рисунок 4), а также уровня заболеваемости раком легких среди мужчин. Результаты корреляционного анализа Спирмана говорят о существовании статистически значимой обратной связи между стоимостью сигарет и уровнем их продажи ($r=-0,99; p<0,000$), распространенностью табакокурения среди мужчин ($r=-0,99; p<0,000$), уровнем заболеваемости сердечно-сосудистой патологией ($r=-0,99; p<0,000$), а также уровнем заболеваемости раком легких среди мужчин ($r=-0,99; p<0,000$). Представленные данные согласуются с результатами эконометрических исследований, указывающих на существование обратной связи между финансовой доступностью табачных изделий и распространенностью табакокурения.

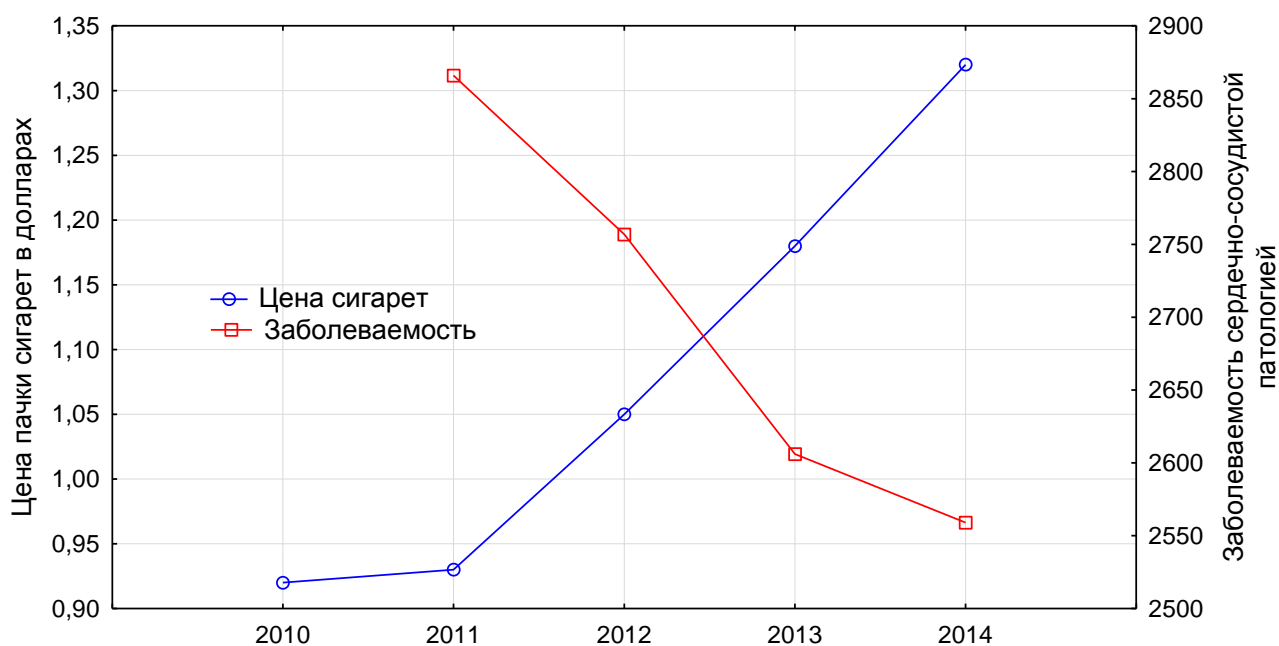


Рисунок 4. Динамика цены на табачные изделия (в долларах), а также уровня заболеваемости сердечно-сосудистой патологией (на 100 тыс. населения) в период с 2010 по 2014 годы.

Анализ динамики распространенности табакокурения среди различных возрастных групп показал, что в период с 2010 по 2014 гг. наибольшее снижение удельного веса курильщиков отмечалось среди мужчин возрастных групп 16-19 лет (-28,9%) и 20-29 лет (-10,8%), а также среди женщин возрастных групп 20-29 лет (-30,1%) и 16-19 лет (-12,7%). В то же время, снижение распространенности табакокурения среди мужчин и женщин старших возрастных групп было не значительным. Кроме того, с помощью корреляционного анализа Спирмана установлено, что наиболее сильная обратная связь между стоимостью сигарет и удельным весом курильщиков существует среди мужчин возрастной группы 16-19 лет ($r=-0,97; p<0,005$). Выявленная закономерность подтверждает существующее представление относительно того, что ценовое регулирование является наиболее эффективной стратегией снижения распространенности табакокурения среди молодежи.

Таким образом, представленные в настоящей работе данные говорят о высоком уровне распространенности табакокурения в Беларуси, несмотря на наметившуюся в последние годы тенденцию к снижению данного показателя. Повышение акцизов на табачные изделия и реальное их подорожание привело к снижению уровня продажи сигарет, удельного веса курящих, особенно среди молодежи, уровня заболеваемости сердечно-сосудистой патологией и раком легких среди мужчин. Эти данные согласуются с результатами эконометрических исследований, указывающих на существование обратной связи между финансовой доступностью табачных изделий и распространенностью табакокурения. Выявленная закономерность подтверждает существующее представление относительно того, что ценовое регулирование является наиболее эффективной стратегией снижения распространенности табакокурения, особенно среди молодежи.

Литература

1. Красовский К.С. Динамика распространенности курения и рынка табачных изделий в Беларуси. Tobacco Control and Public Health in Eastern Europe. - 2012. – Vol. 2, N 1). – P. 9-16.

2. Национальный статистический комитет Республики Беларусь. Здоровье населения Республики Беларусь. - Минск, 2014.
3. Разводовский Ю.Е. Алкоголь и табак: предпосылки и последствия сочетанного употребления. // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. - 2014. - № 4. - С. 21-25.
4. Center of Disease Control (CDC). Smoking-attributable mortality – Kentucky, 1988. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 1990. – Vol. 39, N. 38. – P. 679-83.
5. Ezzati M., Henley J., Thun M.J., Lopez A.D. Role of smoking in global and regional cardiovascular mortality. Circulation. – 2005. – Vol. 112, N. 4. – P. 89-97.
6. Gilmore A., McKee M. Tobacco-control policy in the European Union: the legal, ethical, and policy debates. In: Feldman E, Bayer R, eds. Unfiltered: conflicts over tobacco control policy and public health. Cambridge: Harvard University Press, 2004.
7. Jha P., Chalpupka F.J. Curbing the epidemic: Governments and the economics of tobacco control. Washington: The World Bank, 1999.
8. Lopez A.D., Mathers C.D., Ezzati M., Jamison D.T., Murray C.J. Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. Lancet. – 2006. Vol. 367. – P. 1747–1757.
9. Merndez D., Alshanteety O., Warner K.E. The potential impact of smoking control policies on future global smoking trends. Tobacco Control. - 2012. – N.4. – P. 1-6.
10. Shinke S.P., Gilchrist L.D. Preventing tobacco use among young people. Health Soc Work. – 1986. – Vol. 11, N. 1. – P. 59–65.
11. World Health Organisation. WHO Report in the Global Tobacco Epidemic, 2008: the MPOWER Package. Geneva: World Health Organisation, 2008.
12. World Health Organization. The World Health Report 2002: Reducing risks, promoting healthy life. Geneva, 2002.

ДОВЖЕНКО АЛЕКСАНДР РОМАНОВИЧ – НАРОДНЫЙ ВРАЧ СССР

В.А. Андреев

Международная Академия Трезвости, Феодосия



Александр Романович Довженко родился 29 марта 1918 года в Севастополе.

Трудовая деятельность Александра Романовича началась в Джанкое, население которого составляло около 20000 человек. Поработал он и в Каменец-Днепровском Запорожской области с населением несколько тысяч человек. Практиковал Александр Романович также и в Черновцах.

Довелось ему побывать и на территории, временно оккупированной немецко-фашистскими захватчиками, где он оказывал медицинскую помощь населению. Во время работы в Джанкое на него напал больной, находившийся в психозе. Нанёс черепно-мозговую травму, последствия которой особенно проявились в пожилом возрасте.

С ноября 1948 года и до конца жизни Александр Романович проживал и трудился в Феодосии, работая над своей методикой и совершенствуя её.

Его работоспособности можно было только удивляться и по-хорошему завидовать. За все годы он почти никогда не обращался к врачам, никогда не знал простудных заболеваний, не брал больничных листов, строго и неуклонно выдерживал установленный для себя распорядок рабочего дня. Очень многие годы он купался и плавал в море круглый год, увлекался туристическими походами. А если к этому добавить, что он не курил, на протяжении последних двадцати лет совершенно не употреблял алкоголь, то можно уверенно сказать, что он не только проповедовал нормальный, здоровый и трезвый образ жизни, но и ежедневно, ежечасно утверждал его своим личным примером. Об этом он всегда напоминал пациентам на своих сеансах лечебного гипноза, а в период преподавательской деятельности – ученикам. Для поддержания жизненных сил он принимал сам и рекомендовал всем различные настои из целебных трав, советовал больше употреблять свежеприготовленных натуральных соков, фруктов и овощей. В питании он не был привередлив, любил простую домашнюю еду и, учитывая свой возраст и некоторый "избыточный" вес, всегда несколько ограничивал себя.

Он был очень радушен и гостеприимен, но сам к застолью относился очень спокойно, и можно даже сказать, сдержанно. Он не раз говорил, что переедать вредно, и что из-за стола человек должен выходить с чувством слегка неуголённого голода, хотя по отношению ко всем другим он всегда проявлял искреннее радушие и гостеприимство.

Когда однажды его спросили, почему он не вступил в партию коммунистов, он объяснил, что ему неоднократно предлагали вступить в партию, предупреждая, что от этого будет зависеть его продвижение по служебной лестнице, а однажды прямо заявили, что хотели бы представить его к правительственной награде, но поскольку он беспартийный, то это невозможно. Как он объяснял: «Мне и беспартийному не дают заниматься тем, чем я хочу. Терпеть не могу все эти собрания, бюро, пленумы. Я врач, и, прежде всего, обязан помогать,

больным, лечить их, а не сидеть на собраниях или изучать статьи из журнала "Политическое самообразование" вместо монографий".

Всю свою жизнь А.Р. Довженко наряду с исполнением своих непосредственных обязанностей, настойчиво экспериментировал, разрабатывая наиболее эффективную систему лечения больных. Он обладал глубокими медицинскими знаниями, редкой по широте охвата практикой и освоил более десяти медицинских специальностей: терапевта и гинеколога, дерматолога, невропатолога, педиатра, гомеопата, психиатра, психотерапевта, нарколога. Преподавал в медицинских учебных заведениях лечебную физкультуру, курс анатомии и физиологии – в частности, в Симферопольском медицинском техникуме, Феодосийском медучилище и читал популярные лекции для населения, вёл огромную санитарно-просветительную работу. Он успешно избавлял маленьких и взрослых пациентов от заикания, недержания мочи, аллергии, бессонницы, тиков, псориаза, часто имеющих психогенное происхождение. В век общественных катаклизмов и всевозможных социально-экономических преобразований ему все чаще приходилось лечить различные неврозы и психосоматические заболевания.

Социальный заказ переориентировал его деятельность на борьбу с такими страшными врагами человека и общества, как алкоголизм, наркомания, никотинизм. Неудовлетворённый низкой эффективностью традиционных, официально принятых методов лечения А.Р. Довженко стал искать новые пути, настойчиво изучая народные средства и методы лечения. Тогда же он занялся и траволечением, в поисках рецептов народной медицины объездил весь Крым, познакомился со многими травниками и "знахарями". Он старательно переписывал их рассказы и рецепты, изучал приёмы целительства.

Еще при лечении кожных заболеваний он пришёл к выводу, что при любом лечении очень важно добиться доверия больного к врачу, вселить в него веру в излечение и оптимизм, внушить ему надежду на исцеление. Он убедился, что без этого даже самые лучшие, уникальные препараты не дадут должного эффекта. А.Р. Довженко пришёл к важному выводу, что "ключ" к выздоровлению часто находится в руках пациента, а задача врача — подсказать, как им воспользоваться и помочь в этом, чтобы страдающий сделал правильный выбор на пути к выздоровлению и освобождению от рабских оков «зелёного и голубого змиев», «белого дракона», восстановлению силы воли.

Постоянно общаясь со своими пациентами, имея с ними "обратную связь", А.Р. Довженко настойчиво оттачивал свои словесные формулы, вкладывая в них все то, что западает в душу больного. Фактически без лабораторий, без аппаратуры он находил такие единственно необходимые средства воздействия, такие слова, которые оказывались наиболее значимыми для пациента одновременно на уровне сознания, интеллекта и эмоций, проникающими в глубины его подсознания.

Анализируя свои отношения с больными, А.Р. Довженко обнаружил, что способен помочь больному увидеть его страдания и тем самым найти и мобилизовать силы пациента на ее преодоление. Глубоко изучив психоанализ З. Фрейда, А.Р. Довженко по своему преобразил его приёмы, убрав из них чрезмерный акцент на биологическое и сексуальное, сделав главный упор на человеческое, гуманное, нравственное. В результате многих тысяч бесед с больными, А.Р. Довженко выделил тип людей, к которым на практике должны применяться комплексные способы воздействия, собранные им из известных методов. Решительно отсекая все малоэффективное, внося в сформировавшиеся методы своё, А.Р. Довженко и добился исключительных результатов в своей работе.

В его арсеналы входило лечение словом, внушением, пассами, взглядом, различными гипнотическими методами, в том числе и цыганским, и элементы воздействия, свойственные индуистским брахманам, йоге, приёмы тибетской медицины, старинного славянского целительства, целебными травами, гомеопатическими и аллопатическими препаратами, диетой, голоданием, движением – ЛФК, которые сейчас активно возрождаются и внедряются. В научных целях он провёл в московской клинике профессора Ю.С. Николаева 36-ти суточное лечебное голодание с постоянным осуществлением контроля и ведением научных записей о своём самочувствии и ощущениях. То, что сегодня стало в медицине "сверхмодным" уже в сороковых-шестидесятых годах прошлого столетия успешно применял доктор из

Феодосии. "Без умения сразу же "попасть в тон больного", сделать человека оптимистом и внушить ему твёрдую веру в исцеление, не помогут никакие лекарства, никакие профессора и академики", — вот главный вывод, который сделал А.Р. Довженко в результате своих многолетних поисков и практики.

В итоге, опираясь на Павловское учение о роли слова, как всеобъемлющего раздражителя, влияющего на человеческое сознание, А.Р. Довженко удалось найти оптимальный вариант модели так называемого "кода", благодаря которому в мозгу больного и образуется своеобразный очаг—"доминанта", подавляющая "застрявшее" в памяти нервных клеток болезненное влечение к алкоголю, мобилизуя энергию мозга на борьбу с болезненным влечением. То, что сегодня известно под аббревиатурой НейроЛингвистическое Программирование, Александр Романович уже использовал в 40-е годы свое Довженколингвистическое перепрограммирование пьющих личностей.

С 1948 года по октябрь 1961 года А.Р. Довженко проработал в должности главного врача Феодосийского горвендиспансера, а потом неожиданно для многих перешёл на менее оплачиваемую должность рядового врача-дерматовенеролога в поликлинику феодосийского морского торгового порта. Это решение было принято не без влияния близкого друга Александра Романовича – Павла Яковлевича Винника, ставшего начальником порта в мае 1961 года.

В то время А.Р. Довженко продолжал разрабатывать и применять на практике свой метод лечения алкоголизма, опираясь на работы И.М. Сеченова, В.М. Бехтерева, И.П. Павлова, Н.Е. Введенского, А.А. Ухтомского, З. Фрейда. Он прекрасно понимал, что в условиях портовой поликлиники у него будет для этого гораздо больше возможностей. Алкоголизм и заболевания, обусловленные формированием зависимости, он рассматривал как болезнь воли. Нет силы воли у человека – он пьёт, курит, принимает наркотики, играет в азартные игры, проигрывая зарплату и состояния и обворовывая свою семью и себя, переедает и вес набирает. Безвольный человек – размазня, тряпка! И Александр Романович возвращал им волю, отдавая им свою нервнопсихическую энергию, истощая свою нервную систему и свой организм, укорачивая свою жизнь. Но это он понял позже, когда, несмотря на занятия туризмом, физкультурой, моржеванием, голоданием, ведя и пропагандируя здоровый и трезвый образ жизни, ощутил, что в этой работе и борьбе с чиновниками от науки, медицины и здравоохранения тает и уходит здоровье.

Здоровье не купит никто, не продаст, его берегите как сердце, как глаз, храните его и заботьтесь о нём.

Портовая поликлиника входила в систему водздравотдела Черноморского пароходства, управление которым находилось в Одессе, вдали от Феодосии. Но самое важное – за портовой поликлиникой стоял крупный трудовой коллектив, ведущее градообразующее предприятие – Феодосийский морской торговый порт.

Александр Романович прекрасно понимал, что выбранный им путь не будет безоблачным и усыпанным розами, что от пожеланий и замыслов до реализации и воплощения замыслов в жизнь ему в буквальном смысле предстоит "продираться сквозь тернии", преодолеть массу препятствий на пути к достижению цели, а звёзд может и не быть. И он вполне обоснованно рассчитывал на поддержку портовиков на этом тернистом пути. Работая в портовой поликлинике, он с первых же дней, по субботам продолжил проведение своих сеансов лечебного гипноза.

Как рассказывал Александр Романович, первые группы были, 2-5-7 человек, с которыми он занимался прямо в своём небольшом рабочем кабинете. С самого начала своей "практики" он завёл строгий учёт всех своих пациентов, а желающих пройти лечение становилось больше с каждым днём. Именно в те далёкие годы от успешно пролечившихся больных и их родственников и начала распространяться среди феодосийцев и жителей других городов страны – от Тихого океана до Ужгорода и от Воркуты и Салехарда до Кушки молва о чудесном докторе Довженко из портовой поликлиники Феодосии.

Начальник порта П.Я. Винник и бывший в то время секретарём парткома В.П. Дружинин не только знали о первых опытах врача Довженко, но и всячески помогали ему. А среди первых успешно излеченных пациентов было немало портовиков.

В 1963 году А.Р. Довженко на общественных началах создал при портовой поликлинике наркологический кабинет, действующий уже открыто и легально. Поскольку больных, стремящихся пройти лечение по методу доктора Довженко, становилось всё больше и больше – даже слишком много, сеансы лечебного гипноза с разрешения руководства начали проводиться в клубе порта. Успех был ошеломляющий – до 90-95% из числа пролеченных побывавших на сеансе Довженко, освобождались от алкогольной зависимости и прекращали пьянствовать в течение длительного времени до окончания срока кодирования, а некоторые и дольше.

Не без оснований А.Р. Довженко назвал этот метод «кодированием», так как по принятой терминологии кодом является система условных знаков (символов) для передачи, обработки и хранения (запоминания) различной информации и реализации закодированных действий при получении соответствующего сигнала. С позиции современной информатики набиралась программа в виде слов и специально сформированных формул, которая через уши, глаза и тактильные, обонятельные рецепторы вводилась в сознание пациентов, нажатие на клавишу «ENTER», и пациент уходил оздоровленный, заряженный волей врача, без тяги к алкоголю и т.п. провоцирующим зависимость факторам.

Но одновременно с первыми успехами появились и первые недоброжелатели и завистники. О деятельности Довженко в портовой поликлинике во все инстанции посыпались жалобы, их с пристрастием и служебным рвением достойным лучшего применения проверяли многочисленные чиновники различных рангов и комиссии из различных инстанций. Много раз за эти годы ему пришлось давать всевозможные объяснения, "отписываться", доказывать, что он не занимается мошенничеством и шарлатанством, что действительно создал метод быстрого, высокоэффективного и безмедикаментозного лечения алкоголизма – этой тяжёлой болезни и подобных заболеваний, обусловленных формированием зависимости. С ними не могли справиться академии, университеты, институты со своими многочисленными коллективами, которые возглавляли именитые академики, профессора, доценты, доктора и кандидаты медицинских наук, психологи. И даже цивилизация уже опустила руки в борьбе с этими тяжелейшими недугами, позволяя кучке табачных и алкогольных магнатов и наркобаронов наживаться на пристрастии потребителей их отравы. Он показывал проверяющим чиновникам списки и адреса лиц, успешно пролеченных начиная с середины 40-х годов, их отзывы, а ему твердили одно: "Это невозможно, такого не может быть! Этого не может быть никогда!" Столько времени было потеряно впустую, и скольким людям из-за всего этого он не смог помочь.

В 60-70-е годы метод стал уже достаточно популярен среди больных алкоголизмом и их родственников, и пациенты стремились попасть на лечение к А. Р. Довженко уже со всего Советского Союза. Однако официально и серьёзно метод длительное время не рассматривался, а в научных кругах психиатров и наркологов встретил отрицательное отношение, основной позицией которого был тезис: «За один сеанс излечить алкоголика невозможно». То есть по А. П. Чехову: «Этого не может быть, потому что этого не может быть никогда». Такая позиция в значительной степени объяснялась тем, что специалисты, критиковавшие метод А. Р. Довженко, не присутствовали на его сеансах, не общались с пролеченными им больными и их счастливыми родственниками и не представляли себе, что это такое. В большинстве своём они акцентировали внимание на медикаментозных и репрессивных принудительных методах лечения, типа строгой изоляции в стационаре с лечебным или трудовым режимом на несколько месяцев или в лечебно-трудовом профилактории на 1-2 года по приговору суда и на зоне. Следует отметить, что были и такие, которые обещали зелёный свет, если их фамилия будет указана в соавторстве, да ещё и на первом месте. На что Александр Романович категорически не соглашался.

В итоге, из-за происков дилетантов и недоброжелателей, завистников через несколько лет наркологический кабинет при портовой поликлинике был закрыт. Хотя желающие попасть на лечебный сеанс к А.Р. Довженко, ехали в Феодосию из очень многих и далёких городов Советского Союза. Прилетали на лечение с Чукотки, Камчатки и Сахалина, Приморского и Хабаровского краёв, из-за Урала на востоке до контингента войск в Германии на западе и из-за северного полярного круга на севере до Кушки на юге. Десятки людей ежедневно "осаждали" не только двери портовой поликлиники, но и обращались в феодосийский горисполком и горком партии, в горздрав с просьбой помочь попасть на лечение к А.Р. Довженко.

И Александр Романович, не умея отказывать в помощи, руководствуясь клятвой Гиппократова, был вынужден работать нелегально, проводя лечебные сеансы в различных помещениях и даже в частных домах и квартирах. Доходило до того, что Александра Романовича, о чем он лично рассказывал своим ученикам, вызывали в соответствующие учреждения и вполне официально предупреждали о том, что если он не прекратит "недозволенную" деятельность по применению своего метода, то будет поставлен вопрос о снятии его с работы, лишении диплома врача и привлечении его к строгой ответственности, вплоть до уголовной.

За годы моей практики, которой уже более 40 лет, появлялись, да даже и сегодня иногда появляются «крестники» ДАР из далёких 40-50-60-70-х гг, которые рассказывали, а иногда и сегодня рассказывают, что после проведённого лечебного сеанса по избавлению от зависимости и возвращения домой через некоторое время их вызывали в правоохранительные органы и требовали объяснительные с изложением вопросов: когда, где, у кого и за сколько лечился – собирали материал на А.Р. Довженко, фабрикуя уголовные дела.

Несмотря на яркую неординарную личность и широту души А.Р. Довженко, на его достаточно широкую известность и популярность далеко за пределами Феодосии, в самом родном его городе многие из числа "власть предержащих" относились к нему далеко не однозначно. Некоторые смотрели на его работу с иронической, а то и с презрительной усмешкой, а отдельные – с явной неприязнью и даже с какой-то непонятной озлобленностью. «Эвон на кого замахнулся, на Бахуса – на Вакха, на «зелёного и голубого змиев», на «белого дракона». Стрижёт купоны, прикрываясь красивыми фразами и заботой о человеке».

Пока он занимался своим методом лечения нелегально, по собственной инициативе, с этим «власть предержащие» еще как-то мирились. Но когда в Феодосии при портовой поликлинике был создан наркологический психотерапевтический кабинет, а затем реорганизован в Республиканский Наркологический Психотерапевтический Центр Минздрава Украины, некоторые из "отцов города" озаботились всерьёз: зачем городу лишняя "головная боль", ведь теперь в Феодосию поедут алкоголики со всей страны, тем более, что город относился к числу закрытых, так как здесь были десятки засекреченных институтов, предприятий и организаций оборонной промышленности, занимавшихся, в том числе, и космической отраслью. Но более всего уязвляло самолюбие некоторых "первых" лиц города то, что решение об открытии Республиканского Наркологического Психотерапевтического Центра МЗ Украины ССР под руководством А.Р. Довженко было принято без учёта их мнения, как бы "в обход" их полномочий. Местным жителям известны имена и должности многих ответственных работников Феодосии того периода. Они не постеснялись взять на себя сомнительную роль "борцов" за чистоту медицинской науки, не попытавшись даже разобраться в сути проблемы, без консультации и совета с грамотными специалистами в данной дисциплине. Просто, будучи неспособными и некомпетентными разбираться в данных вопросах, взяли на себя полномочия самовольно принимать безапелляционные решения, принимать решения по вопросам, в которых были некомпетентны даже медработники, далеко стоявшие от психиатрии, психотерапии и наркологии.

Можно лишь порадоваться, что в то время в городе были и другие руководители – умные и добропорядочные, прогрессивные по образу мышления люди. Они не побоялись в трудную минуту поддержать доктора–новатора, по собственной инициативе пришли к нему на помощь и сделали все, что могли, чтобы, разработанный им в невероятно трудных условиях постоянного прессинга и гонений, новый метод лечения получил известность и "права гражданства", чтобы и сам Александр Романович имел возможность работать в нормальных условиях. К счастью, таких людей оказалось большинство и среди них – хорошо известные и авторитетные в городе руководители. Линию П.Я. Винника продолжил Юрий Павлович Большаков, ставший начальником феодосийского морского торгового порта 1 октября 1976 года.

Популярность методики всё возрастала и к началу 80-х годов достигла апогея. Положительные отзывы пациентов, прошедших лечение и прекративших употребление алкоголя, табака и наркотиков на длительное время – годами и десятилетиями в течение всего срока кодирования и более – способствовали расширению народной молвы. Поддержали метод и средства массовой информации.

В те уже далёкие годы о методике А. Р. Довженко неоднократно сообщалось в прессе. В том числе в газетах: "Водный транспорт", "Известия", "Труд", "Советская Россия", в приложении к газете "Неделя", в "Рабочей газете". В конце августа 1984 года было опубликовано интервью с зам. министра здравоохранения СССР т. Сафоновым в газете "Советская Россия", об этом много раз писали областные газеты Крыма; были опубликованы статьи во всесоюзном журнале "Изобретатель и рационализатор", в журнале физкультура и спорт", журнале "Семья и школа" и т.д.

Приказом министра МЗ УССР Анатолия Ефимовича Романенко в октябре 1980 года А.Р. Довженко был назначен заведующим наркологическим психотерапевтическим кабинетом при портовой поликлинике, структурно входившей в Черноморский водздравотдел и ему подчинявшейся. Помещение под него выделил в своём ведомственном жилом доме морской торговый порт по улице Фурманова, 6.

Всё вышеизложенное вынудило Минздрав СССР провести соответствующие клинические испытания метода. Разработанная А.Р. Довженко методика лечения, после всестороннего изучения и проверки, получила полное научное обоснование и одобрение учёных-специалистов. Она была апробирована и одобрена Харьковским НИИ неврологии и психиатрии имени В.П. Протопопова, НИИ общей и судебной психиатрии им. Сербского в г. Москве, всесоюзном НИИ государственной патентной экспертизы. Метод был по достоинству оценён и признан.

Как вспоминал Э.М. Абрамов: «К сожалению, так было далеко не всегда. Всем, кто знаком с методом лечения, предложенным А.Р. Довженко, известно, что этот метод признан изобретением, его автору выдан Патент Государственным комитетом СССР по открытиям и изобретениям. Неизвестно, видимо, другое: по различным причинам Госкомитет, а точнее, кто-то из влиятельных чиновников этого учреждения, всячески противился этому и Александру Романовичу трижды приходило из Москвы очередное уведомление с отказом. Я хорошо знаю об этом, потому что мне пришлось готовить два обоснованных возражения на такое решение. В итоге, по просьбе Госкомитета СССР по открытиям и изобретениям, в сентябре 1982 года в Феодосию приезжала представительная комиссия из Москвы в составе трёх авторитетнейших учёных – профессоров. Возглавлял комиссию ведущий сотрудник Всесоюзного НИИ общей и судебной психиатрии им. Сербского, доктор медицинских наук, профессор Валентин Михайлович Морковкин.

Александр Романович очень приветливо и радушно принял этих «учёных мужей», предоставил в их распоряжение всю необходимую документацию и пригласил поприсутствовать на его лечебных сеансах, побеседовать с бывшими больными. Прожив в гостинице морского торгового порта, куда их определил Довженко, две недели и детально ознакомившись с деятельностью доктора, высокие проверяющие здесь же, в Феодосии

составили официальную справку по результатам проверки, в которой подтвердили, что многое в предложенном методе лечения, в частности – процедура индивидуального кодирования больного на определённый им самим срок, действительно применяется в мировой медицинской практике впервые и является изобретением доктора А.Р. Довженко. В справке также подчёркивались два важных момента: *метод доктора Довженко не содержит в себе чего-либо антинатюрного и при известной подготовке и способности им в состоянии овладеть другой врач.*

Я хорошо знаю этот документ, поскольку мне пришлось редактировать его в рукописном виде, а затем отпечатать в пяти экземплярах. В итоге справка была подписана, один экземпляр вручён автору метода, и, немного отдохнув уже по вольной программе и «продегустировав» крымские вина, гости отбыли в Москву.

Интересно, что во время этой проверки, да и при всех последующих, Александр Романович был абсолютно спокоен, как всегда приветлив и добродушен, хотя я думаю, что полностью безразличным ко всему этому он не мог быть. Когда я напрямик спросил его, как ему это удаётся, он с улыбкой ответил: *«Вы знаете, Эдик, я совершенно никого и ничего не боюсь – я не делаю ничего плохого, я помогаю больным людям, пока они нуждаются в моей помощи и пока я в состоянии это делать. Молю Бога лишь об одном: чтобы мне не мешали, уж если не хотят или не могут подействовать».*

Комиссии всех этих учреждений неоднократно отмечали, что за отчётный период – 5 лет деятельности центра официально пролечено свыше 10 тыс. больных, из которых 93% успешно. Тяга к интоксикантам у них исчезла, употребление их пациенты прекратили, и в течение всего срока кодирования не употребляли и вероятнее всего употреблять не будут даже те из них, которые кодируются на небольшие сроки, и формируют установку на полное воздержание не употреблять табак, алкоголь и другие наркотики всю оставшуюся жизнь.

Посещение сеанса, проводившегося А. Р. Довженко, сотрудниками Харьковского НИИ неврологии и психиатрии имени В.П. Протопопова, апробация лечебных сеансов с последующим наблюдением за пациентами в течение длительного времени и теоретическое обоснование позволило определить «рациональное зерно» метода. В этом большую поддержку оказали А.Ф. Артемчук – в настоящее время доктор медицинских наук, директор института П.В. Волошин, заместитель директора по научной работе Т.М. Воробьёва, главный психотерапевт МЗ УССР и заведующая отделением неврозов Н.К. Липгарт, главный нарколог МЗ УССР и старший научный сотрудник З.Н. Болотова. Коллектив научных работников института выявил более 40 механизмов, воздействующих на весь организм пациента в целом, его личность, сознание и подсознание, психологию и физиологию, органичное соединение опыта народного целительства и современной психотерапии.

Через два года приказом МЗ УССР кабинет был преобразован в Республиканский Наркологический Психотерапевтический Центр МЗ УССР, а А.Р. Довженко утверждён его руководителем и внештатным научным сотрудником Харьковского НИИ неврологии и психиатрии имени В.П. Протопопова.

Александр Романович был "вхож" в высшие партийные и государственные структуры Украины и Союза ССР, в числе его "пациентов" было немало высокопоставленных лиц и их родственников. Он неоднократно оказывал услуги многим весьма высокопоставленным и знаменитым государственным деятелям, крупным учёным, генералам и адмиралам, знаменитым писателям, журналистам, артистам, композиторам, в том числе и народным, людям из Москвы, Крыма, Украины, союзных республик, всего СССР, стран Варшавского договора. Беседы с собеседниками иногда касались тем о хорошо известных далеко за пределами страны популярных личностях. Так в разговоре с одним из журналистов газеты «Комсомольская правда» Вадимом Черновым, который в течение полутора десятков лет тесно общался с великим магом Вольфом Мессингом (11 сентября 1899 – ноябрь 1974 г.), состоявшемся в Феодосии в 1983 году, Александр Романович дал такую оценку выдающемуся телепату: «Мессинг был гениальным экстрасенсом, великим гипнотизёром и

умел практически всё. И как жаль, что он свои способности промотал, распылил на эстраде, потешая и удивляя людей, вместо того, чтобы помогать им и лечить их».

Конечно, можно было бы привести немало подобных примеров и назвать много имён и фамилий пациентов, обращавшихся к нему за помощью для себя или своих близких, но это не стоит делать из этических соображений. Те, кому Доктор Довженко помог, сами хорошо знают и помнят об этом. Таких людей много и в нашем городе, и в Крыму, и по всему бывшему Советскому Союзу, и в дальнем зарубежье. А если кто захочет, то расскажет об этом сам.

Среди писем, которые за свою жизнь получил Александр Романович, были десятки и сотни тысяч таких, где бывшие его пациенты, члены их семей и близкие родственники или знакомые выражали ему самую горячую признательность и благодарность за всё то, что он для них сделал. Как ни привычно это звучит сейчас, но ведь он действительно возвратил семьям и обществу сотни тысяч больных только из числа лиц страдающих от алкогольной зависимости, к нормальной человеческой жизни, в совокупности со своими учениками соответственно миллионы больных и сэкономил государству миллиарды полновесных рублей. Этим он всегда занимался и в Киеве, и в Москве, в других городах, где ему приходилось бывать в силу тех или иных обстоятельств. А многие приезжали к нему в Феодосию инкогнито. Все обратившиеся к нему и нуждающиеся в его помощи, были больными, которым он не мог отказать. К тому же, его авторитет был так высок, что к нему обращались за помощью не только по поводу алкоголизма, наркомании или табакокурения, но и других заболеваний.

Он лечил от заикания, энуреза, невротозов и психосоматических расстройств, "снял порчу, сглаз, колдовство», маниакальные и депрессивные состояния, положительно воздействовал на ослабленную или больную психику людей, оздоравливал их, погружая в гипнотический сон. Еще он излечивал различные аллергические расстройства, избавлял своих пациентов от всевозможных страхов и болезненных переживаний. Выслушав пациента, он с ласковой улыбкой говорил: "Не волнуйтесь, родной, я Вам помогу!" И действительно помогал!

Управлением по внедрению новых лекарственных средств и медицинской техники Минздрава СССР были разработаны и утверждены методические рекомендации по организации стрессопсихотерапии больных алкоголизмом в амбулаторных условиях, по методу доктора А.Р. Довженко, которые были утверждены 20 апреля 1984 г. №21-11/48-27 «Организация стрессопсихотерапии больных алкоголизмом в амбулаторных условиях», которые рекомендовали осуществить подготовку врачей-наркологов по данной методике.

Методические рекомендации подписал начальник Управления МЗ СССР Э.А. Бабаян, они были отпечатаны в типографии Минздрава тиражом 2000 экземпляров и разосланы во все республики и области бывшего СССР. Метод был запатентован, а в последующем включён в унифицированные лечебные стандарты наркологических заболеваний, утверждённые минздравами Украины, России, Белоруссии и ряда других республик СНГ.

15 декабря 1984 года Александра Романовича был вызван в столицу. Он встретился с председателем Госплана СССР Н.К. Байбаковым. Затем его принял Председатель Комитета партийного контроля при ЦК КПСС, член Политбюро ЦК партии Михаил Сергеевич Соломенцев, и после беседы с ним на протяжении почти трёх часов решил вопрос о предоставлении более подходящего и просторного помещения для РНПЦ МЗ УССР – ему отдали Дачу Стамболи!

Жителям города, да и многим из его гостей хорошо знаком этот красивейший, расположенный на самом берегу моря, архитектурный комплекс в восточном стиле под названием "Дача Стамболи", который в то время относился к санаторию "Восход", в нём размещались его административно-управленческие службы.

25 декабря 1984 года у РНП Центра появился новый адрес – дача Стамболи на улице Ленина, 49. А оборудованные помещения старого Центра перешли во владение портовой поликлиники. К Новому 1985 году Александр Романович, наконец, возвратился из Москвы, и коллектив отметил новоселье и новогодний праздник.

Но непорядочными людьми в городе стали распространяться «грязные слухи», что в первую очередь на сеанс в РНПЦ МЗ УССР берут тех, кто якобы заплатит определённую сумму денег. В связи со всё возрастающим потоком больных министерство здравоохранения СССР было вынуждено издать приказ № 274 от 11 марта 1985 года "О порядке направления и приёма больных, страдающих хроническим алкоголизмом в РНПЦ МЗ УССР г. Феодосия на лечение по методу доктора Довженко Александра Романовича, заслуженного врача Украинской ССР". По предложению Э.М. Абрамова была создана специальная комиссия в составе пяти человек, для предварительного рассмотрения заявлений, а далее решение принимал Александр Романович. Он, как бы не замечая этих «грязных» слухов и сплетен, продолжал спокойно и настойчиво делать своё дело. Как говорят в народе: "Собаки лают, а караван идёт". Это наглядно продемонстрировано в документальном фильме «Д.А.Р.» студии Киевнаучфильм, 1986 год, в кадрах которого виден Александр Романович со своими учениками, окружённый толпой больных и родственников, желающих попасть на лечение без путёвки, которым он не отказывает и приглашает в Центр на приём. Работа РНПЦ постоянно находилась под пристальным и недреманным оком правоохранительных структур. Для пресечения распространения "грязных" сплетен и слухов и поступления потока писем с подобными кляузами, начиная с октября 1984 года и до конца декабря, Министерство здравоохранения Украины направило в республики и области специальные путёвки на сеанс к доктору Довженко. Путёвки заполнялись на местах и выдавались на руки больным, которые и ехали в Феодосию с полной уверенностью, что их обязательно примут и избавят от недуга.

На каждый сеанс, а он проводился один раз в неделю, выдавалось по 36 путёвок, то есть 144 путёвки в месяц. Но помимо этого ежедневно стали прибывать по 5-6, а иногда и 10 больных с направлениями из Министерства здравоохранения СССР – индивидуальные направления обычно подписывал Первый заместитель Министра Сафонов. Также были письменные обращения из различных министерств за подписью министров, из здравотделов за подписью заведующих, из ведомств и учреждений и предприятий, учебных заведений Москвы, Украины, Крыма, других регионов за подписью их руководителей.

Кроме того, были больные, которых, как говорил Александр Романович, "толкают" важные лица и которым нельзя отказать. Поэтому на лечебные сеансы часто формировались группы от 50 до 70 человек и более. Александр Романович расстраивался, нервничал, еще раз просматривал списки отобранных для сеанса больных, их документы, направления, просьбы, рекомендации, а потом успокаивался и говорил: "Ну что же делать? Я врач и должен помогать всем нуждающимся". Однако, из-за индивидуальной процедуры "кодирования" такие сеансы растягивались на весь рабочий день и завершались поздним вечером.

Но ему все труднее и труднее удавалось сдерживать свои эмоции, быть всегда и со всеми приветливым и доброжелательным. Несмотря на это он, как и прежде, спешил делать добро.

Обычно он проводил один, а иногда и два сеанса в неделю, на которых нередко присутствовало до ста и более человек. Но ведь с каждым из них доктор должен был встретиться и лично побеседовать до сеанса, а затем уже после сеанса лечебного гипноза, провести индивидуальное кодирование. Кроме того, на протяжении каждой недели в Центр приезжали многочисленные больные, ранее побывавшие на лечении и желающие продлить или закрепить гипнотический код. Немало было и людей, которые хотели попасть на приём к доктору и по другим причинам, с самыми различными заболеваниями. А ежедневная работа с огромной почтой и обращениями из различных инстанций, а вызовы в Киев и Москву! На все это Александр Романович находил силы и время, даже если чувствовал себя не очень хорошо.

Доктор в таких случаях, конечно, сильно уставал. Но как бы там ни было, становилось все очевиднее, что в одиночку чудесный Доктор при всем желании не сможет принять всех больных, здесь нужны были другие, решительные и кардинальные меры. Одновременно с приёмом огромного количества больных нужно было начинать работу по освоению опыта

А.Р. Довженко другими врачами. Именно в это время всерьёз стал вопрос о подготовке первых учеников.

Недруги Александра Романовича и здесь нашли, за что зацепиться, заявляя, что метод личностный и присущий самому Довженко, больше похож на священнодействие, мистику, чудесничество, волшебство, колдовство, шаманское камлание, сверхъестественное и не подлежит тиражированию, все это – ненаучно. Но, если придуманный им метод имеет научную основу, значит, его смогут повторить и другие, и пусть Александр Романович попытается доказать это.

Он мог отказаться от подобных экспериментов, сославшись на свой возраст, состояние здоровья, большие перегрузки, мало ли на что! К тому же, не каждый на его месте так легко бы согласился расстаться с чудесным ореолом славы чудесника, передав его другим людям. Александр Романович не дрогнул в этой ситуации. Спокойно, со своей обычной улыбкой принял это предложение. Он сказал, что с радостью будет заниматься подготовкой учеников, передавать им свой богатый опыт и энциклопедические знания. При этом выдвинул условие, что самую первую группу, он отберёт лично, из числа врачей, прошедших предварительную двухмесячную подготовку в Харьковском НИИ неврологии и психиатрии им. В.П. Протопопова.

Минздрав СССР издал приказ №960 от 14.08.1987 г. «О подготовке врачей психиатров-наркологов на базе РНПЦ МЗ УССР (г. Феодосия)» В соответствии с приказом было предложено ежегодно направлять врачей психиатров-наркологов на стажировку в РНПЦ МЗ УССР (гг. Феодосия, Харьков): МЗ РСФСР – 10, МЗ Молдавской ССР – 1, МЗ Эстонской ССР – 1, МЗ Казахской ССР – 2, МЗ Узбекской ССР – 2, МЗ Туркменской ССР – 1, МЗ Таджикской ССР – 1, МЗ Киргизской ССР – 1, МЗ Азербайджанской ССР – 1. И процесс обучения пошёл.

Александр Романович предъявил жёсткие требования к кандидатам, направляемым в Феодосию. Они должны были иметь настоящее призвание к врачебной деятельности и, в частности, психотерапии и наркологии, быть высококвалифицированными специалистами в смежных дисциплинах, разносторонне развитыми людьми, хорошо ориентироваться в литературе, живописи, музыке, владеть искусством дискуссии, обладать мужественно-волевой внешностью и иметь выразительный тембр голоса, чёткую дикцию, уметь удерживать внимание аудитории и держать её под своим контролем в течение всего периода общения с аудиторией во время лечебного сеанса, оставаться всегда убеждёнными в своих силах и возможностях оказать необходимую помощь и излечить больного.

В то же время врач должен был быть внимательным и отзывчивым, чутким и сердечным, добрым и вежливым, независтливым и выдержанным, спокойным, бескорыстным человеком. Очень хорошо должен был понимать чужую боль и горе, и сопереживать страданиям родных и близких больного, быть чисто и опрятно одетым, обладать артистизмом, всегда находиться в готовности к проведению на высоком эмоциональном уровне двух-трёхчасового сеанса психотерапии.

Обязательное требование ко всему персоналу, занимающемуся обслуживанием и лечением больных — не курить, не употреблять алкоголь. Александр Романович внимательно изучал индивидуальные данные претендентов в свои ученики, тщательно отбирал самых одарённых, проводя испытания и организуя конкурсы, в процессе обучения щедро делился с ними своими богатыми знаниями и огромным опытом. Тем, кто выдерживал испытания и проходил конкурс – осваивал метод, проводил посвящение и благословлял их на работу на этом тернистом, тяжком и трудном пути, требующем полной самоотдачи и самоотречения, самопожертвования. Свидетельство этому — признание, заслуженно пришедшее к его первым ученикам, которые работают уже самостоятельно. К сожалению, немалое число из них сгорели на этом поприще и уже перешли в мир иной, но на место ушедших становятся их дети, продолжающие работу и идущие по стопам родителей и ученики учеников – достойная смена – продолжатели дела Учителя.

Первая группа учеников приступила к занятиям 1 октября 1984 года. Ученики жадно ловили каждый его взгляд, жест, пассы, каждое слово, прислушиваясь к интонациям, наполняясь уверенностью в возможности усвоения метода и в своих силах, расширяя свои знания.

Из официальных источников известно, что при непосредственном, личном участии Александра Романовича было подготовлено всего 135 учеников практически из всех Союзных республик бывшего СССР, из городов и населённых пунктов от Калининграда и Ужгорода до Владивостока, Южно-Сахалинска и Петропавловска-Камчатского и от Архангельска, Воркуты и Салехарда до Ашхабада и Кушки. Нет смысла сегодня учитывать и уточнять, кто из учеников прошёл подготовку у А.Р. Довженко на год раньше или на год позже. Результаты их труда являются надёжной оценкой их способностей. Важнее то, что, кто непосредственно воочию видел приёмы больных, манипуляции и пассы, проводимые Учителем, из его уст слышал исполнение лечебных сеансов, впитывая лечебные сеансы, и пройдя посвящение, получив благословение, из его рук принял эстафету и приступил к работе, и смог в последующем передать это своим ученикам. Хотя сегодня для большинства может быть это и не имеет никакого значения. Сегодня метод работает у кого-то лучше, у кого-то хуже, о чём можно судить по результатам труда врача, количеству и качеству пролеченных пациентов и отзывам больных и их родственников. Ко всем своим ученикам и последователям Александр Романович относился одинаково внимательно, уважительно и доброжелательно. Всем ученикам пришлось неоднократно приезжать в Феодосию, и каждому из них Александр Романович уделил не один час своего личного воистину драгоценного времени.

К концу обучения ученики проходили посвящение и проводили в кругу своих коллег первые сеансы под наблюдением и строгим контролем Александра Романовича, оттачивая каждый взгляд, жест, мимику, каждое слово, каждую фразу, а потом приступали к самостоятельной работе. Интересен тот факт, что больные без колебаний соглашались пройти лечение у молодых и малоизвестных на то время врачей – им достаточно было услышать то, что сеанс проводит один из учеников Довженко. В заключение каждый из учеников получал из рук А.Р. Довженко удостоверение с его подписью на право заниматься новым методом лечения и довженковский «кезл», который ученики использовали при проведении лечебных сеансов, а также получал благословение к работе на этом тернистом и полном трудностей пути.

Активная работа по подготовке учеников проводилась Александром Романовичем с 1984 по 1991 годы. В этот же период были утверждены очень высокие положительные результаты применения этого уникального метода практически всеми учениками своего великого и доброго Учителя.

Но все это было позже, на это понадобились целые годы. Республиканский Наркологический Психотерапевтический Центр находился в помещении Дачи Стамболи до 1993 года, именно в этом помещении прошли подготовку все ученики – последователи А.Р. Довженко. После 1993 года благодаря активной позиции зав. Горздравотделом Феодосии РНПЦ МЗ Украины был реорганизован РНПЦ МЗ АР Крым и переведён в помещения МСЧ спортбазы "Динамо", где размещался до января 2010 года.

В Центре оказывалась помощь всем, кто бы в него ни обращался, сеансы лечебного гипноза стали проводить ученики доктора, появилась возможность немного разгрузить Александра Романовича.

Его успешная врачебная деятельность длилась более пятидесяти лет. Да только ли врачебная? Исцеляя своих пациентов, А.Р. Довженко учил уважительному отношению к чуду природы – человеческой жизни, умению самостоятельно преодолевать не только телесные недуги, но и справляться с душевными потрясениями. Именно всенародная поддержка простых людей, в первую очередь, плюс высокий профессионализм, небывалый ранее результат лечения, сломили упорство всех скептиков, рутинёров и злопыхателей.

По официальным данным за годы своей практики Александр Романович излечил более 100 тысяч больных. А сколько у каждого из них родственников, почувствовавших прелесть от

трезвой жизни пролеченных членов семьи, сколько семей было спасено от распада, сколько детей были благодарны Доктору за своих родителей, сколько пациентов освобождено от рабских оков и вырванных из цепких объятий «зелёного и голубого змиев», «белого дракона»! Прибавьте к этому сотни тысяч – миллионы больных, пролеченных его учениками и последователями, и вы представите, хотя бы умозрительно, его великие заслуги перед обществом и людьми. Учитель – автор многочисленных публикаций, печатных работ и книг. Среди них: «Тайны зелёной аптеки», «Записки гипнотизёра», «Траволечение», «Возвращаю вас к жизни», «Моё исцеляющее слово», «Здоровье в вашей воле» и много других, которые, несмотря на большие тиражи, стали библиографической редкостью.

Время подтвердило правоту А.Р. Довженко и эффективность его метода в руках настоящих учеников и последователей. Его многочисленные ученики в Украине, республиках СНГ и в дальнем зарубежье успешно продолжают его дело. Нет сомнения в том, что и многие феодосийцы – сограждане своего великого земляка сохраняют память об Александре Романовиче Довженко и передадут воспоминания о нем своим детям и внукам.

За свой титанический труд и изобретение он был награждён медалями, почётными знаками и званиями. Среди наград такие как: Золотые медали имени К.Э. Циолковского, С.П. Королёва. Медаль Ю.А. Гагарина ему вручила жена космонавта В. Гагарина; решением бюро федерации космонавтики России награждён медалью генерального конструктора и лауреата Ленинской и Государственной премии доктора технических наук профессора М.Л. Миля, медаль «Первый искусственный спутник Земли», присуждена Доктору Федерацией авиации и космонавтики СССР. Приказом министра угольной промышленности Братченко Бориса Фёдоровича – удостоен почётного знака «Шахтёрская слава» и многими другими. Во многих семьях, члены семей которых – крестники Александра Романовича – прошли через его руки и спаслись от «зелёного змия и алкогольных магнатов», хранятся его фотографии и справки – свидетельства о втором дне рождения, подписанные его рукой – драгоценные реликвии материализованного чуда.

Итогом его многолетних трудов и масштабов работы, которые через годы особенно ярко демонстрируют высочайший уровень его мастерства, является присвоение ему Указом президиума Верховного Совета УССР звания заслуженного врача Украины. За большие заслуги в развитии народного здравоохранения 23 мая 1989 года Указом президиума Верховного Совета СССР Довженко Александру Романовичу присвоено почётное и самое высокое звание в здравоохранении – звание Народного врача СССР. Он был награждён орденом «Дружбы народов». Указ о присвоении звания подписал Председатель Президиума Верховного Совета СССР Михаил Сергеевич Горбачёв. Но самой большой наградой было всенародное признание.

В адрес центра за одну неделю поступало около 3-х тысяч писем от людей, выражающих благодарность и признание за своё спасение, спасение близких и родственников

Насколько известно, это первый и единственный случай такого высочайшего признания, оценки заслуг и награды человека, за результаты, достигнутые в сфере здравоохранения Крыма – Человека по имени "Д.А.Р."

Упомянутый Указ поставил окончательную точку в дискуссии о методе лечения, предложенном А.Р. Довженко, и явился авторитетным признанием на государственном уровне его бесспорных заслуг в народном здравоохранении.

Лучший свидетель – совесть, лучший судья – время. И время лишний раз подтвердило эффективность метода А.Р. Довженко. На сегодняшний день очень много людей и в Феодосии, и за ее пределами, которые под его влиянием с помощью его метода и после лечебных сеансов в исполнении его талантливых учеников вот уже на протяжении нескольких десятков лет либо не курят, либо не употребляют алкоголь и наркотики, сбросили избыточный вес. Чувствуют они себя при этом прекрасно, совершенно спокойно, уверенно и счастливо. А если учесть, сколько больных получили за эти годы помощь от учеников великого Доктора, то станет понятно, что он

действительно создал и воплотил в реальность невиданный ранее способ защитить на определённый срок или на всю жизнь организм человека от тяжелейшего недуга – зависимости, восстановить пошатнувшееся здоровье, вернуть волю, он возродил надежду у миллионов людей с ослабленной волей, что еще не все потеряно и можно начать жизнь с чистого листа.

Между тем, не столько возраст, сколько постоянные, невероятно тяжёлые нервные и психические нагрузки и перегрузки подтачивали организм, разрушая его, и к 70-ти годам могучий организм стал давать сбои. Александр Романович вдруг стал как бы "спотыкаться" на некоторых словах, долго не мог их выговорить, затягивались паузы. При этом на его лице появлялось страдальческое, виноватое выражение, но он тут же пересиливал себя, и с улыбкой говорил, что вот опять "язык заплетается". Когда заходил разговор о необходимости отдыха и лечении, он обычно говорил: "Отдохнуть, конечно, не мешало бы, а лечение уже вряд ли поможет, поэтому надо успевать сделать как можно больше, пока еще в состоянии работать". В последние годы у него все чаще начали проявляться перепады артериального давления, в связи с этим он стал носить на руке специальный магнитный браслет, принимал гомеопатические препараты. Все чаще его стали беспокоить головные боли, ухудшился сон, аппетит. Иногда по внешнему виду Александра Романовича было заметно, что он недомогает, но на вопросы о самочувствии, он обычно отвечал, что все нормально. Но уже начались проявления первых грозных симптомов спазмов сосудов головного мозга, нарушения мозгового кровообращения.

Начиная примерно с середины 1991 года, состояние здоровья Александра Романовича резко ухудшилось, он перенёс еще несколько тяжёлых кризов, и в результате произошло непоправимое – инсульт. Великий Доктор окончательно потерял дар речи.

Можно только предполагать, что он испытывал и чувствовал в связи с этим. Он — человек, который одним своим взглядом, словом и жестом, пассом исцелял тысячи больных, лишился важного своего орудия – слова. Удар был тяжелейший и, к сожалению, необратимый. Но и такое страшное испытание Александр Романович перенёс мужественно и достойно. Продолжал так же успешно лечить взглядом и пассами, отдавая последние остатки своей нервнопсихической энергии и укорачивая свою жизнь. Когда собеседники ему что-то рассказывали, он лишь внимательно слушал, но по-прежнему улыбался, одобрительно кивая головой, когда соглашался с собеседником, как будто с ним все было в порядке, или смотрел осуждающе, если возражал собеседнику, останавливая его жестом, и по-прежнему продолжал много читать. Вскоре наступил полный паралич. Почти весь день Александр Романович проводил прикованный к постели, иногда присаживаясь, а потом и вовсе перестал подниматься. Трудно объяснить, почему на его долю выпала такая тяжёлая судьба: сохраняя ясное сознание, он был обречён на молчание и неподвижность последние месяцы жизни до конца своих дней.

И никто уже ничем не мог помочь ему. Слишком много энергии, сил и собственного здоровья он вложил в преодоление всевозможных преград и трудностей, которых в его жизни было с избытком, в десятки-сотни тысяч исцелённых людей, в обучение своих учеников.

На 77-м году жизни – 4 февраля 1995 года Александр Романович Довженко скончался в своей квартире, в доме № 4 по улице Вересаева.

Гроб с телом великого феодосийца был установлен во дворе дома, затем перевезён в фойе клуба порта, в котором он проработал с 1961 по 1982 год, сотни-тысячи людей прошли возле гроба, склоняя голову и возлагая цветы. Когда на плечах учеников открытый гроб вынесли из холла, то провожающие растянулись на несколько сотен метров. Был тусклый, серый день, с неба, затянутого чёрно-серыми тучами, срывалась мелкая морось, и чистые дождевые капли падали как слезинки, и подобно святой воде, омывали спокойное лицо чудесного Доктора и замечательного Человека, которое все собравшиеся видели в последний раз. Портовики и преданные и любящие Учителя ученики несли гроб, сменяя друг друга, провожая его из клуба морпорта в последний путь 7 февраля 1995 года.

После похорон была создана Международная комиссия по увековечению памяти народного врача СССР А.Р. Довженко. Наиболее активное участие в её работе приняли член правления Фонда – школы А.Р. Довженко зам. председателя Владимир Семёнович Отделенцев и член правления А.Ф. Артемчук. Было удовлетворено ходатайство комиссии перед Харьковским горисполкомом – установлена памятная мемориальная доска А.Р. Довженко на здании РНПЦ №2 по адресу переулок 17-го Партсъезда, дом 1.

Были удовлетворены ходатайства комиссии и перед Феодосийским горсоветом. С помощью портовиков на деньги, собранные многими учениками А.Р. Довженко, в сквере возле здания портовой поликлиники, где многие годы он успешно трудился над созданием и внедрением в практику своего уникального метода, установлен гранитный памятник Народному врачу СССР Александру Романовичу Довженко по проекту феодосийского скульптора Валерия Ивановича Уреса. Вырастающая из гранитной глыбы фигура Александра Романовича Довженко запечатлена в динамичной и вдохновенной позе во время лечебного сеанса, а его сосредоточенный взгляд и открытые ладони как бы и сейчас продолжают излучать и посылать всем проходящим людям добрые, оздоравливающие и жизнеутверждающие волны и импульсы;

- установлена мемориальная доска на доме по улице Вересаева, 4, где проживал долгие годы А.Р. Довженко;
- установлена мемориальная доска на даче Стамболи по улице Ленина, 49, где работал долгие годы А.Р. Довженко;
- в читальном зале центральной библиотеки имени А. Грина была организована постоянно действующая выставка редкой литературы из личной библиотеки А.Р. Довженко;
- именем А.Р. Довженко назван один из бульваров Феодосии.
- посмертно ему присвоено звание Почётного Гражданина Феодосии

Правительство Автономной Республики Крым приняло Постановление № 283 "О присвоении Республиканскому Наркологическому Психотерапевтическому Центру Минздрава Автономной Республики Крым имени Александра Романовича Довженко», которое было опубликовано в СМИ 8 сентября 1995 года. В Постановлении Правительства говорилось: "В целях увековечения памяти Народного врача СССР, Заслуженного врача Украины, учёного с мировым именем Александра Романовича Довженко, Присвоить Республиканскому Наркологическому Психотерапевтическому Центру МЗ АР Крым в г. Феодосии имя "Александра Романовича Довженко". Постановление подписал И.О. Премьер-министра Автономной Республики Крым А. Демидеико.

После смерти А.Р. Довженко, с 1995 года и в последующем каждый год к 29 марта по инициативе одного из первых учеников – В.А. Андреева в клубе порта стали проводить Вечера памяти этого замечательного Человека и благотворительные сеансы по избавлению от алкогольной и табачной зависимости.

С разрешения и по согласованию с администрацией морпорта в последующие годы в подготовке официальной части и праздничного концерта всегда принимала самое активное участие заведующая клубом порта Нина Васильевна Кравченко с коллективом сотрудников, городская организация "Красного креста" – председатель Ирина Александровна Андреева, а сохраняющими память об Учителе и прибывающими в Феодосию на годовщину его рождения учениками А.Р. Довженко проводятся в эти дни благотворительные лечебные сеансы для всех желающих, выполнивших условия, необходимые для эффективного лечения.

С января 2007 года Наркологический Психотерапевтический Центр имени Довженко в Феодосии стал располагаться в одном из помещений по адресу Феодосия, ул. Чкалова, дом 113, Б, стр. 7. За прошедшие годы с момента начала работы РНПЦ МЗ УССР и по настоящее время в Центре успешно пролечились десятки-сотни тысяч больных из Феодосии, Крыма и многих областей Украины и других республик некогда СССР, а теперь СНГ, ближнего и дальнего зарубежья. В Наркологическом Психотерапевтическом Центре имени А.Р. Довженко, который по существу стал преемником и авторитетным продолжателем первого детища Александра

Романовича – РНПЦ МЗ Украины с 1984 г. по настоящее время, как и прежде, царила спокойная и доброжелательная атмосфера, сохранялось то внимательное и сострадательное отношение к пациентам, которое в своё время закладывал и так ценил Александр Романович в своих сотрудниках и учениках, и которое является залогом непременного и обязательного успеха в деле их оздоровления. Здесь сохранялся в чистоте и сам метод, и всячески подчёркивались заслуги Александра Романовича в его создании.

В 2010 году по решению Минздрава АР Крым РНПЦ был реорганизован в хозрасчётное структурное подразделение Крымского Республиканского Учреждения «Наркологический Диспансер», которое было ликвидировано в связи с низкой рентабельностью. Но на его месте удалось открыть Медицинский Наркологический Психотерапевтический Кабинет «Лечение по методу А.Р. Довженко». Посетители Кабинета всегда обращают внимание на большой портрет А.Р. Довженко, находящийся в холле, а также могут ознакомиться и с другой наглядной информацией, рассказывающей о жизни и деятельности знаменитого феоdosийца и его учеников.

В настоящее время имя этого замечательного человека и его учеников знают не только в Украине и странах СНГ, но и в дальнем зарубежье – Европе, Америке. Эта популярность основывается на том вкладе, который А.Р. Довженко и его ученики сделали в развитии отечественной и мировой медицинской науки.

Хотя следует признать, что даже в 90-е годы на международных конференциях в горячих спорах и дискуссиях, бурных полемиках из уст иностранных учёных, вообще не знающих метод или знакомых с ним понаслышке из работ противников метода, или мало знакомых с методом, звучали заявления о том, что метод насильственный и подходит только варварским народом, что производится насилие над личностью, и для государств с демократией он неприемлем. А, если метод такой эффективный, то ученики и последователи Довженко быстро вылечат всех алкоголиков, и основную массу коллег-наркологов, в том числе и зарубежных, оставят без работы. Но время всё расставило на свои места. Запад также принял метод А.Р. Довженко, подтверждением чему является избрание А.Р. Довженко почётным членом международной академии Нью-Йорка, и визиты пациентов с различных континентов, из разных стран, правда, в основном, пациентов, понимающих русский язык, которые приезжают на лечение по рекомендации своих знакомых, друзей и родственников уже прошедших лечение, и не употребляющих спиртное, табак и наркотики годами и десятилетиями.

Известный писатель на весь СССР, а ныне СНГ – наш земляк Эдуард Михайлович Абрамов написал книги о А.Р. Довженко, серию книг о его учениках»: В.А. Андреев, А.Ф. Артемчук, Светлана Львовна Донская и Ирина Дмитриевна Донская. На очереди книга о Ляшенко и его сыне.

Конечно, сегодня нет того ажиотажа и "бума", которые знал Центр в восьмидесятые годы, когда действовала плохая ли хорошая ли, но хотя бы какая-то государственная антиалкогольная программа, но каждую неделю здесь, как и раньше, в определённые дни проводятся лечебные сеансы и консультативные приёмы, вновь участники как бы соприкасаются с великим мастерством и талантом Учителя, теперь уже с помощью и через него талантливых учеников.

Как показали публикации последних 30-ти лет (А.Р. Довженко, А.Ф. Артемчук, З.Н. Болотова, 1988; Г.М. Энтин, 1991; Ю.И. Никитин, 1990; А.И. Дроздов, 1991; В.Ф. Зверев, 1991; И.Ц. Эпштейн, 1991; И.Ц. Эпштейн, О.И. Эпштейн, 1991 и др.) данная методика получила широкое распространение и на сегодня её эффективность остаётся достаточно высокой – ремиссии свыше одного года по разным ученикам и последователям составляют от 75-78% до 95%.

Сегодня в помещении Дачи Стамболи – кафе. Куда-то исчезла мемориальная доска, свидетельствующая об Учителе и его школе. И круглый год, особенно в летние вечера и ночи там веселятся отдыхающие, звучит весёлая музыка, танцуют пары, рекой льётся алкоголь и вьётся

голубой дым... И «зелёный и голубой змий» всё туже затягивают петлю на шее очередных рабов, которые свои горбом, мозолями, мозгами, кровью и потом заработанные деньги отрывают от себя и детей, от семей своих, причиняя вред своему здоровью и укорачивая свою жизнь, меняя всё это на сомнительного качества удовольствие. Алкогольные и табачные магнаты, наркобароны радуются пополнению своих счетов в банках. Что смогут и дальше со своими приспешниками развлекаться, ходить по морю на яхтах, разъезжать на иномарках, купаться в бриллиантах. А любители алкоголя, табака и наркотиков продолжают скатываться в нищету, разрушать и гробить своё здоровье сомнительного качества наслаждениями, болеть и умирать. Алкоголички и наркоманки в погоне за детским капиталом рожают умственно отсталых детей с физическими дефектами и пороками развития внутренних органов, на лечение которых нужны огромные деньги, которых нет ни у родителей, ни у государства, а больные матери и дети умирают, не имея возможность получить высококвалифицированную помощь из-за отсутствия средств. Хотя на алкоголь, табак и наркотики находят. Вместо того, чтобы пройти и избавиться, и на всю оставшуюся жизнь отказаться от этой отравы и зажечь здоровой, счастливой трезвой и радостной жизнью и рожать здоровых детей, восстанавливать разрушенное государство.

Таким образом, метод выдержал испытание временем, и популярность его не уменьшилась, хотя прошёл уже и так называемый «симптом новизны», который по данным Г.Я. Авруцкого и А.А. Недувы (1988) значительно повышает эффективность любого метода лечения различных заболеваний. Метод продолжает и, надеемся, ещё долго будет служить людям в руках настоящих последователей и учеников А.Р. Довженко, возвращая больным волю, помогая встать на путь выздоровления и трезвости, если больные сами искренне хотят лечиться и готовы выполнять условия и рекомендации врача, необходимые для исцеления. Бог помогает тем, кто сам себе хочет помочь. Природа лечит, а врач помогает природе.

АЛКОГОЛЬНАЯ СИТУАЦИЯ В РОССИИ И ЕЕ ОТРАЖЕНИЕ В КРИВОМ ЗЕРКАЛЕ

Немцов А.В., Разводовский Ю.Е.

**Московский Институт Психиатрии
Международная Академия Трезвости**

Бурные события на Российской алкогольной сцене, происходившие на протяжении последнего десятилетия стали объектом пристального внимания экспертного сообщества. Среди работ, посвященных развитию событий на Российской алкогольной сцене хотелось бы обратить внимание на недавно опубликованную в журнале Алкоголь и Алкоголизм статью Халтуриной и Коротаева «Эффект специфичных мер алкогольной политики на алкогольную смертность в России в период с 1998 по 2013 гг.» [4]. Проанализировав динамику таких показателей как уровень производства спирта, водки, уровень продажи водки, а также уровень смертности от острых алкогольных отравлений, уровень мужской и общей смертности и соотнеся их динамику с хронологией принятия различных законов, регулирующих алкогольный рынок, авторы делают вывод, что снижение уровня алкогольной смертности в России, отмечавшееся на протяжении последнего десятилетия явилось прямым следствием комплекса мер, принятых правительством с целью улучшения государственного регулирования алкогольного рынка.

Используя корреляционный анализ Пирсона, авторы установили, что уровень производства спирта более тесно коррелирует с показателями смертности, нежели уровень производства водки, а также уровень продажи водки. Это позволило авторам сделать вывод, что уровень производства спирта более точно отражает алкогольную ситуацию в стране, нежели уровень продажи водки. По мнению авторов, объясняется это тем, что спирт используется в качестве сырья для изготовления непьющего алкоголя (различные технические жидкости и средства бытовой химии), занимающего значительную долю в структуре потребления алкоголя в России. Следует, однако, отметить методологические ограничения использования простой корреляции при анализе временных рядов, заключающиеся в высоком риске получения ложных корреляций. С целью минимизации риска получения ложных корреляций при анализе временных рядов обычно используется метод авторегрессии-проинтегрированного скользящего среднего (АРПСС), предполагающий анализ закономерностей поведения достаточно длинных (не менее 50 временных точек) временных серий [5]. Еще более изощренным методом, позволяющим учесть влияние различного рода интервенций на поведение временного ряда, является анализ прерванных временных серий.

Анализ графических данных, представленных Халтуриной и Коротаевым, говорит о том, что зависимая переменная (алкогольные отравления) в 2000-2003 гг. опережает зависимую (производство алкоголя) (рисунок 1). Кроме того, снижение уровня отравлений началось с 2003 года, в то время как снижение производства спирта отмечалось двумя годами позже. Хронологическое несоответствие между трендами зависимой и независимой переменных указывает на отсутствие связи между ними, несмотря на существование положительной корреляции. Это значит, что в данном случае имеет место ложная корреляция между динамикой двух переменных, ничего не говорящая о причинно-следственной взаимосвязи между ними.

Любопытной представляется авторская интерпретация резкого роста уровня производства спирта в 2004 г. Согласно их мнению «производители алкоголя могли готовиться к предстоящему ужесточению алкогольного законодательства в 2006 г.» Естественным образом возникает вопрос - каким образом?, учитывая, что закон грянул неожиданно и вызвал панику и хаос на алкогольном рынке. Кроме того, уровень производства спирта снизился в 2005, что также не соответствует гипотезе «ожидания

введения новых законов», предложенной авторами.

Авторы обращают внимание на резкое снижение уровня производства спирта и уровня смертности от алкогольных отравлений при незначительном снижении уровня продажи водки в 2006 г. по сравнению с предыдущим годом. Такое соотношение динамики индикаторов алкогольных проблем, по мнению авторов, указывает на то, что резкое снижение уровня алкогольных отравлений явилось следствием снижения уровня потребления незарегистрированного алкоголя. По всей видимости, имеется в виду технический алкоголь, который авторы ассоциируют с уровнем производства спирта. Само по себе данное утверждение не имеет под собой фактической базы, поскольку 1) в этот период выросло число отравлений техническими жидкостями, содержащими новые денатурирующие добавки, как реакция на искусственный дефицит легального алкоголя. 2) в структуре отравлений алкоголем отравления техническими суррогатами занимают незначительный удельный вес [1-3].

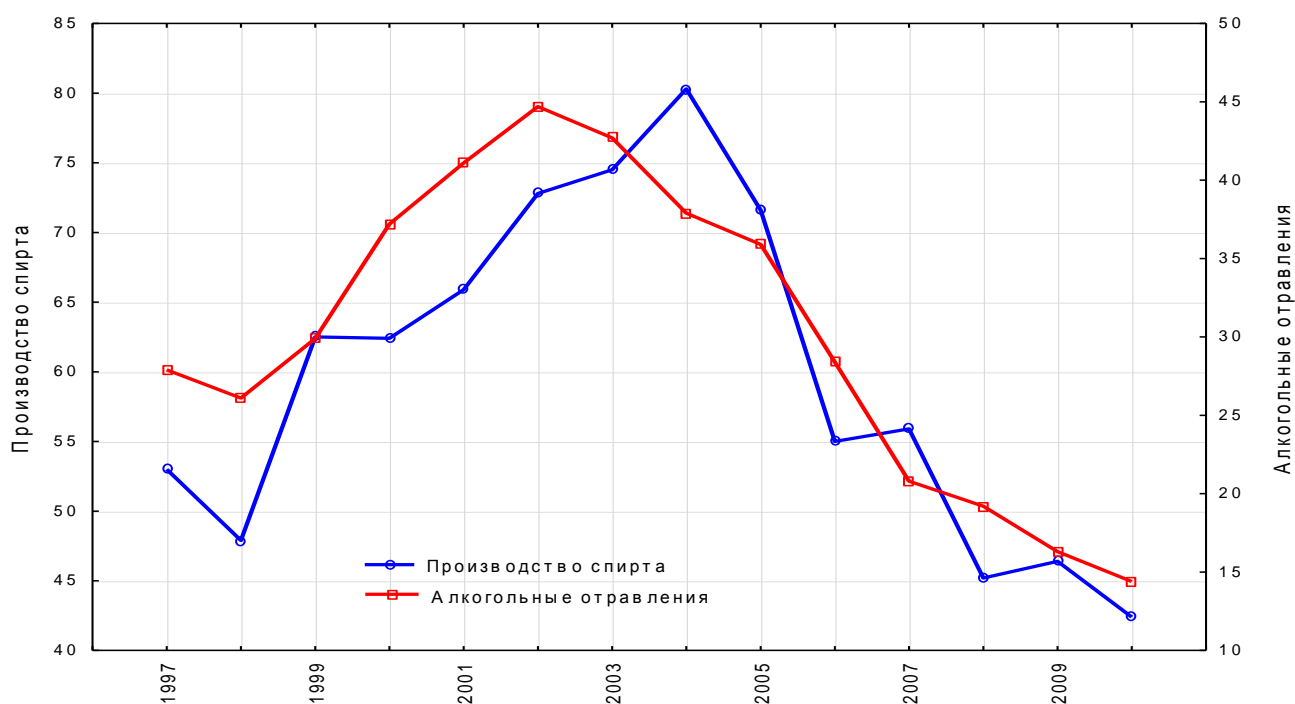


Рисунок 1. Динамика уровня производства спирта (в миллионах декалитров), а также числа случаев смерти от острых алкогольных отравлений (в тысячах) в России.

В тексте имеются некоторые неточности, касающиеся хронологии событий на Российской алкогольной сцене. В частности, указывается, что новые акцизные марки были введены в 2004 г. Именно этим обстоятельством, наряду с увеличением акцизов на 6%, авторы объясняют снижение уровня смертности от алкогольных отравлений в 2005 по сравнению с предыдущим годом. Здесь уместным будет пояснить, что марки для алкогольной продукции в России начиная с 1994 г. выпускались четыре раза (1994, 1996, 1997 и 1998) и были *акцизными* для импорта или *специальными* для внутреннего производства. С 2001 г. специальные начали называться *федеральными* (2001, 2003 и 2005 г.). Во все годы они отличались только степенью защиты, дроблением емкостей и добавлением напитков. И в 2005 г. с самими марками ничего существенно нового не произошло. Новым был запрет на старые и большая задержка с выпуском новых (раньше старые меняли на новые), вызвавшим небывалый хаос на алкогольном рынке. Все вышеизложенное, касающееся хронологии введения акцизных марок, говорит о том, что никаких манипуляций с акцизными марками в 2004 г. не происходило.

Сомнительной также представляется версия, объясняющая снижение уровня смертности от алкогольных отравлений ростом акцизов на 6% в силу относительной

незначительности этого повышения. Очевидно то, что начало снижение уровня алкогольной смертности предшествовало принятию антиалкогольных законов в 2005 г., и это снижение, по всей видимости, не было связано с какими-либо маневрами правительства на алкогольном рынке. Поэтому, по большому счету, все спекуляции на тему алкогольной ситуации в современной России должны сводиться к тому, является ли снижение уровня алкогольной смертности эффектом алкогольной политики, либо данный феномен следует рассматривать в контексте тренда, сформировавшегося под влиянием каких-то других факторов. К сожалению, авторы не сочли нужным обсуждать альтернативную гипотезу.

Имеющиеся неточности в данных, которыми оперируют авторы, ставят под сомнение адекватность сделанных ими выводов. К примеру, приводим цитату из текста «2005 г. показал комплексную динамику со снижением производства и продажи алкоголя, а также снижением алкогольных отравлений, но с незначительным ростом мужской смертности. Это может быть интерпретировано как умеренный рост потребления незарегистрированного алкоголя на фоне снижения продажи». Во-первых, никакого роста уровня мужской смертности в 2005 г не отмечалось, о чем свидетельствуют графические данные, представленные на рисунке 2, а во-вторых, совершенно не понятно, на основании чего авторы сделали вывод об умеренном росте потребления незарегистрированного алкоголя. Продолжая тему качества данных, следует подчеркнуть, что в серьезных научных исследованиях абсолютные показатели смертности не используются.

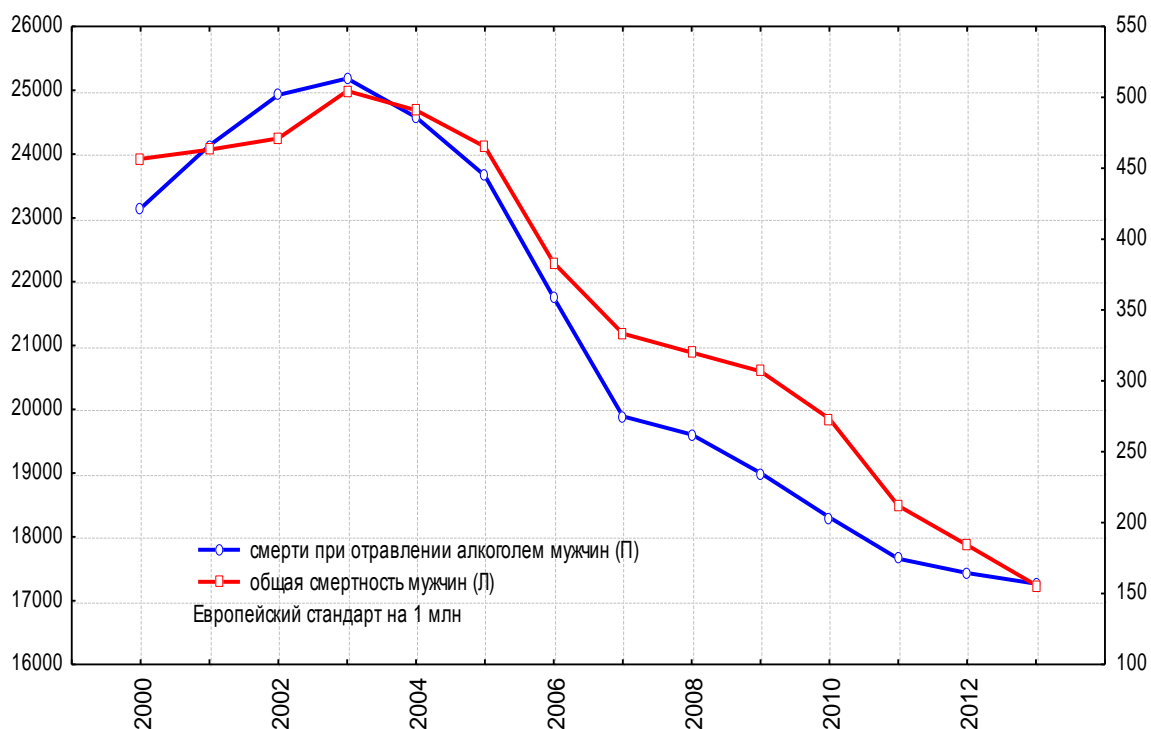


Рисунок 2. Динамика уровня смертности от острых алкогольных отравлений среди мужчин (на 1 млн. населения, правая шкала), а также уровня общей смертности среди мужчин (на 1 млн. населения, левая шкала) в России.

Резюмируя вышеизложенное, следует подчеркнуть, что основной проблемой описательной работы Халтуриной и Коротаева является то, что они целиком «атрибутируют» снижение алкогольной смертности в России комплексу антиалкогольных мер, не приводя для этого никаких научных доказательств. Вероятнее всего, это снижение было обусловлено не столько прямым действием законов и реализацией их мотивов, как утверждают Халтурина и Коротаев, а с нерадивостью исполнения этих законов и, как следствие, с хаосом на алкогольном рынке страны. Таким образом, сокращение алкогольной

и общей смертности, которое должно было стать целевым, стало побочным явлением этого хаоса, который был запущен законами 2005 г. Большое значение для снижения потребления алкоголя и зависимой смертности имел вынужденный уход с рынка средних и мелких его участников в середине 2006 г. Однако крупный алкогольный бизнес восполнил эту потерю уже в 2008 г. Нельзя вполне исключить, что законы все-таки оказали некоторое действие на последующее продолжительное снижение смертности в стране. Однако вычленить этот вклад не представляется возможным.

Литература

1. Немцов А.В. Алкогольная история России: новейший период. – М.: Книжный дом «ЛИБРОКОМ», 2009. – 320 с.
2. Немцов А.В., Разводовский Ю.Е. Алкогольная ситуация в России, 1980–2005. Социальная и клиническая психиатрия. – 2008. – №2. – С. 52–60.
3. Разводовский Ю.Е. Алкоголизм: медицинские и социальные аспекты. – LAP LAMBERT Academic Publishing GmbH & Co. KG, Saarbrücken, 2012. – 304 с.
4. Khalturina D, Korotaev A. Effects of Specific Alcohol Control Policy Measures on Alcohol-Related Mortality in Russia from 1998 to 2013. Alcohol and Alcoholism. - 2015. – Vol. 50, N. 5. – P. 588-601.
5. Norström T. The use of aggregate data in alcohol epidemiology. British Journal of Addiction. – 1989. – Vol. 84. – P. 969–977.

ТРЕЗВАЯ И ЗДОРОВАЯ РОССИЯ СТАНЕТ ВЕЛИКОЙ

П. Тулаев

Международный Славянский Институт

Очередная XXIV конференция по собриологии, алкоголии, профилактике и социальной педагогике под девизом «Трезвая Кубань – Трезвая Россия», проходила этой осенью в Сочи. Всемирно знаменитый курорт Краснодарского Края всего за несколько лет вырос в туристический и спортивный центр мирового уровня. Главная причина тому – Всемирная олимпиада 2014 года, преобразившая излюбленное место летнего отдыха россиян в мегаполис XXI века. Деловая и спортивная жизнь фактически переместилась из центрального Сочи в город-спутник Адлер (в переводе с немецкого – орёл), где ныне построена ультра современная олимпийская деревня и целый каскад культурно-зрелищных комплексов. Это архитектурное пиршество дополняет примыкающий к Адлеру горнолыжный курорт Красная поляна, где за считанные месяцы был построен целый городок в альпийском стиле – Роза хутор. Комфортабельные отели в стиле новой готики с зеркальными покрытиями и кирпичными крышами, образуют элитный район Большого Сочи.

Президент Международной академии трезвости *Александр Николаевич Маюров* собрал в пансионате «Весна» лучшие силы трезвеннического движения России и стран СНГ. Помимо традиционных участников из Беларуси, Украины и Прибалтики, а также представителей Якутии, впервые приехали гости из Луганской Народной Республики. В научно-практической конференции, серии семинаров и презентаций, спланированных на 10 дней работы, приняли участие опытные врачи, руководители профилактических учреждений, лидеры общественной борьбы за здоровый образ жизни, журналисты и вольные слушатели. Здесь собрались такие светила, как хирург патолого-анатом *Карл Георгиевич Башарин* из Якутска, ведущий специалист по коррекции зрения *Игорь Николаевич Афонин* из Череповца, выдающийся педагог и методист *Наталья Александровна Гринченко* из Ельца, лидер Партии Сухого Закона России – *Валерий Иванович Мелехин* и другие. Встречу благословил *отец Сергей Токарь*, ректор Армавирского православно-социального института. Кроме того, в рамках конференции работали более двадцати мастер-классов, тематика которых значительно дополняла основной профиль конференции. На них можно было получить уникальные знания по психологии, ювенологии, геронтологии, а также пройти курс оздоровительной гимнастики.

Мне доверили провести мастер-класс №3 под названием «Древние истоки нашей трезвости». Фактически, в течение недели я излагал исторический опыт священных знаний о здоровье, начиная с индийской школы Аюрведа и китайской Цигун до христианского учения Спасителя о духовной брани и современных школ ЗОЖ. Во время подготовки к сочинской конференции я сделал научно-популярный фильм «Боги здоровья», премьера которого состоялась на пленарном заседании в день открытия форума. Для себя лично я выбрал мастер-класс *Елены Ковалевой*, создавшей за многие годы практики собственную методику КОВЕЛАНОС с опорой на гимнастические упражнения в комплексе с психологической тренировкой.

Как всегда, в рамках форума раздавались периодические издания нашего движения: «Родник трезвости», «Пока не поздно», «Сибирская здрава», «Вопреки». Среди новых книг почетное место занимал сборник докладов и итоговых документов участников конференции, опубликованных на русском и английском языках. Особенностью сборника 2015 года стала уникальная галерея основателей трезвеннического движения в России до революционной эпохи с фото портретами и краткими биографическими справками. Стоит заметить, что среди них много священников, а также руководителей Союза Русского Народа.

Помимо пленарных докладов и насыщенных мастер-классов в актовом зале пансионата

состоялись четыре круглых стола. Первый был приурочен к 150-летию апостола трезвости *Михаила Дмитриевича Чельшова* с участием его внука профессора *Михаила Владимировича Кабатченко*. Второй был посвящен детальному обсуждению проекта-рекомендации нашей конференции, состоящему из 44-х пунктов. Простому обывателю трудно себе даже представить, насколько фундаментально разработаны основы трезвого образа жизни с учетом российской специфики и международного опыта.

По итогам конференции её наиболее активные участники были награждены памятными медалями «100 лет со дня признания алкоголя наркотиком». На аверсе изображен автор декларации выдающийся русский врач Н.И. Пирогов. Среди награжденных заочно директор Института Русской Цивилизации и главный редактор газеты «Русский Вестник» *Олег Анатольевич Платонов*.

Борьба за трезвый и здоровый образ жизни – без наркотиков, табака и алкоголя – не новость в России. Её истоки восходят к Московской Руси XV-XVI веков, когда зараза одурманивания начала проникать с запада. Своего апогея она достигла накануне революции, когда трезвенническое движение возглавили лучшие люди страны во главе с императорской семьей. В годы советской власти борьба за трезвость не потеряла накала, и общество трезвенников распространилось по всему СССР. Хотя не обошлось и без трагических событий, без перегибов и глупостей. Этим малоизвестным страницам нашей истории посвящено фундаментальное исследование академика Маюрова, которое готовится к изданию Институтом Русской Цивилизации.

Будем достойны наших мудрых предков. Прислушаемся внимательно к их завещанию и авторитетному мнению специалистов. Начнем отрезвление нашей любимой Родины с самих себя, ибо только трезвая и здоровая Россия станет Великой!

РЕШЕНИЕ
МЕЖДУНАРОДНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ-СЕМИНАРА ПО
СОБРИОЛОГИИ, ПРОФИЛАКТИКЕ, СОЦИАЛЬНОЙ ПЕДАГОГИКЕ И
АЛКОЛОГИИ
(Сочи, 12 – 22 октября 2015 года)

27 августа 2015 года на публичное обсуждение на специализированном сайте (по адресу <http://regulation.gov.ru/projects#npa=39456>) был вынесен проект поправок в Правила продажи товаров дистанционным способом, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 27 августа 2007 года № 612, снимающий запрет на реализацию алкоголя дистанционным способом. Более того, как сообщила газета «Известия» (<http://izvestia.ru/news/590852>), Росалкогольрегулирование получило правительственное поручение разработать материалы и план проведения социальной кампании по повышению так называемой «культуры потребления алкогольной продукции» в борьбе со злоупотреблением спиртным. Росалкогольрегулирование подготовило и направило в правительство концепцию широкомасштабной антиалкогольной социальной кампании на 2015–2016 годы. В материалах проекта концепции говорится, что миссия кампании — «снижение потребления алкоголя гражданами Российской Федерации за счет борьбы со злоупотреблением алкоголем и повышения культуры потребления алкогольной продукции». В качестве слоганов, с помощью которых население будут агитировать не пить, предлагаются – «Знай свою меру!» и «Пей разумно!». В целевую аудиторию антиалкогольной кампании чиновники включили пять категорий: водители, молодежь от 14 до 21 года, женщины детородного возраста, люди с алкогольными проблемами, родители и дети.

Люди, заинтересованные в распространении алкоголя пытаются взять реванш и вернуть утраченные ими за последние годы позиции. Заморожены акцизы на крепкий алкоголь, возвращена реклама пива и вина в СМИ, вино включено в состав сельхозпродуктов и на него не распространяется эмбарго на поставку из европейских стран. Небывалых масштабов достигла пропаганда винопития в кино и на телевидении.

По сведениям ЮНЕСКО Российская Федерация занимает 67-е место в мире по уровню жизни; 127-е место в мире по показателям здоровья населения; 134-е место в мире по продолжительности жизни мужчин; 182-е место по уровню смертности среди 207 стран мира; 1-е место в мире по абсолютной величине убыли населения; 1-е место в мире по заболеваниям психики; 1-е место в мире по количеству самоубийств среди детей и подростков; 1-е место в мире по числу детей брошенных родителями; 1-е место в мире по количеству аборт и по материнской смертности на душу населения; 1-е место в мире по числу разводов и рожденных вне брака детей на душу населения; 1-е место в мире по потреблению спирта и спиртосодержащих изделий на душу населения; 1-е место в Европе по числу умерших от пьянства и табакокурения на душу населения; 1-е место в мире по потреблению табака на душу населения; 1-е место в мире по числу курящих детей и темпам прироста числа курильщиков; 1-е место в мире по смертности от заболеваний сердечно-сосудистой системы на душу населения; 1-е место в мире по количеству ДТП на душу населения; 1-е место в мире по количеству авиакатастроф (по данным Международной ассоциации воздушного транспорта уровень авиакатастроф в России в 13 раз превышает среднемировой) и т.д.

В последние годы произошло заметное снижение потребления алкоголя в стране. Это привело к сокращению преступных доходов алкогольной отрасли (алкогольной мафии, если называть вещи своими именами). Остановить этот смертельный для алкогольной мафии процесс и призвана предлагаемая Росалкогольрегулированием кампания. Но, совершенно очевидно, что Росалкогольрегулирование предлагает бороться не за трезвость, а за новых

потребителей алкоголя. Очевиден и результат такой кампании – новый виток спаивания народа. Поручить Росалкогольрегулированию вести антиалкогольную кампанию – все равно, что зайца поставить охранять морковную грядку. Возглавлять же эту работу должны Минобраз, Минздрав, Минсоцзащиты, Минспорт, при самом непосредственном участии трезвеннического движения России.

Российская история знает, когда миллионы человеческих жизней Российской Империи были спасены царским (1885 года) законом о местном запрете на алкоголь. В те времена алкоголь допускалось продавать в радиусе не ближе полутора версты от школ, больниц, спортивных и духовных центров, фабрик и заводов, железнодорожных станций, библиотек, центров культуры, парков. Наконец, сухой закон императора Николая II, введенный в 1914 году, позволил вырастить здоровое поколение, которое спустя годы мобилизовалось и одолело фашизм. Важную роль сыграла и советская идеология, когда среди молодежи пропагандировали активный образ жизни, культивировали спорт и порицали вредные привычки.

При развертывании же агитационной кампании за так называемую «культуру питья» – кампанию по вовлечению в пьянство молодежь – мы не просто потерпим сокрушительное поражение, страна, кроме всех прочих бед, потеряет еще одно поколение, только начавшее обретать трезвость.

В результате обмена мнениями, участники XXIV Международной конференции-семинара считают:

1. Недопустимо призывать, в основу государственной политики, в отношении регулирования алкогольного потребления, вводить идеологию так называемого «культурного», «умеренного» питья. Алкоголь является наркотиком (Пироговское совещание, 9-11 мая 1915 года) и призывать потреблять его «умеренно» и «культурно» - преступление перед человечностью.

2. В концепции Росалкогольрегулирования нет выбора. Концепция предлагает только один путь – потребление алкоголя. Настоящий же выбор – это полный отказ от отравлений алкогольным ядом, то есть трезвость!

3. Правительству Российской Федерации необходимо принять принципиально иную концепцию решения алкогольной проблемы в стране и направить предполагаемые 2,3 миллиарда для её решения в направлении формирования трезвого поколения. Только идеология трезвости может обеспечить приоритет защиты жизни и здоровья граждан по отношению к коварным экономическим интересам участников алкогольного рынка.

4. Возглавлять работу по отрезвлению общества должно не Росалкогольрегулирование, а Министерство образования и науки, Министерство здравоохранения, Министерство труда и социальной защиты, Министерство спорта, при самом непосредственном участии трезвеннического движения России. Координировать эту работу в стране должен помощник Председателя правительства Российской Федерации Онищенко Геннадий Григорьевич.

5. Предлагаем Председателю правительства Российской Федерации Д.А. Медведеву не допустить принятия и реализацию проалкогольных инициатив министра спорта РФ В.Л. Мутко по возвращению пива на стадионы. Просим рассмотреть вопрос о соответствии господина Мутко занимаемой должности.

6. Рекомендуем правительствам стран-участников Международной конференции в Сочи неукоснительно придерживаться принципа, сформулированных в национальных антиалкогольных концепциях, обеспечивающих приоритетность защиты жизни и здоровья граждан по отношению к экономическим интересам участников алкогольного рынка.

**Рекомендации XXIV Международной конференции по собриологии,
профилактике, социальной педагогике и алкологии «Трезвая Кубань –
трезвая Россия»
г. Сочи 12-22 октября 2015 года**

От потребления алкоголя ежегодно умирает 4% населения Земли - около 2,5 млн. человек. Такие данные привела Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) в докладе «О положении в области алкоголя и здоровья». На сегодняшний день больше всего потребляют алкоголь молдаване: в среднем житель Молдавии за год употребляет 18,22 литра чистого алкоголя. В это количество входит и незарегистрированный сивушный яд. Второе место в «хит-параде» самых пьющих наций заняли чехи — 16,45 литра в год, третье – венгры с 16,27 литрами. Россия занимает четвертую позицию — 15,76 литра алкоголя на человека в год. В десятку самых пьющих стран входят большинство государств Восточной Европы: украинец в среднем употребляет 15,6 литра алкоголя в год, эстонец – 15,57 литра, румын — 15,3 литра, словенец — 15,19 литра, белорус — 15,13 литра. Среди стран Западной Европы по количеству поглощенного алкоголя лидирует Великобритания с 13,37 литрами в год.

В Докладе ВОЗ о глобальной табачной эпидемии (2015 год) подчеркивается, что в результате употребление табака в XX веке на планете погибло 100 миллионов человек. На сегодня в мире 1 млрд. 765 млн. курильщиков табака. Самая курящая страна – Греция. Здесь приходит по 3017 сигарет в год на душу населения. Затем идет Словения с 2537 сигаретами на человека в год. Следом - Украина, где приходится по 2526 сигарет на человека в год. Еще в десятку самых прокуренных стран мира входят сегодня: Болгария, Чехия, Македония, Россия, Молдова, Испания и Босния с Герцеговиной. В XXI столетии табак убьет еще миллиард человек, если тенденция с курением не изменится.

По данным Государственного комитета по проблемам наркомании в Российской Федерации общее число лиц, употребляющих наркотики как регулярно, так и эпизодически, насчитывает 7,3 миллиона человек.

По сведениям ЮНЕСКО в XX столетии военные потери в мире составили примерно 100 млн. человек. Согласно подсчетам Международной Славянской Академии наук, образования, искусств и культуры и Международной академии трезвости, в минувшем веке от суммарного потребления табака, алкоголя и нелегальных наркотиков погибло около 300 млн. жителей планеты.

Из этого наглядно видно, что самые большие проблемы, связанные с любыми интоксикантами имеют место, именно, в странах, представители которых присутствуют на нашей XXIV Международной конференции-семинаре. Значит, и меры противодействия наркотизму должны быть не трафаретными, не лозунговыми, не поверхностными, а глубинными, конкретными и точными, влияющими на две причины: широчайшую доступность табака, алкоголя и других наркотиков и массовую пропитейную, протабачную и пронаркотическую запрограммированность.

Впереди у нас великая дата – 150-летие со дня рождения русского апостола трезвости, депутата Государственной думы Российской Империи, пламенного трибуна трезвости Чельшова Михаила Дмитриевича (26 сентября 1866 года — 13 сентября 1915 года). Чельшов поднял проблему трезвости на государственный уровень. Именно он, именно его трудами в Государственной думе Российской Империи, его книгами, его пропагандой было подготовлено введение сухого закона в нашем Отечестве в 1914 году.

В результате обмена мнениями XXIV Международная конференция-семинар рекомендует:

I. Президентам и главам стран-участниц Международной конференции:

1. Усилить контроль за осуществлением анталкогольных, антабачных и антинаркотических концепций, ранее принятых государственными и правительственными органами.

II. Правительствам стран-участниц Международной конференции:

1. Возродить национальные, федеральные, региональные и муниципальные университеты семейного трезвого воспитания для родителей.

2. Создать министерства или государственные комитеты по семейной политике и детству, в обязанность которых заложить вопросы формирования трезвости в семье и среди детей.

3. Просить правительство Российской Федерации, создать Министерство по трезвому образу жизни РФ (не по контролю оборота алкогольных и табачных изделий, а именно по формированию трезвого образа жизни), в обязанности которого вменить реализацию национальных, государственных и региональных программ по предотвращению табакокурения, потребления алкоголя и других наркотиков. Поручить этому министерству формирование слоя сознательных трезвенников, владеющих современными системными методами. Просить Президента Российской Федерации В.В. Путина назначить руководителем нового министерства Онищенко Геннадия Григорьевича, помощника Председателя Правительства РФ. Подобную работу провести и в других странах СНГ и Балтии.

4. Поддержать предложение Иванова Виктора Петровича, руководителя службы наркоконтроля России, о создании специального профилактического, реабилитационного и ресоциализационного общероссийского телеканала. Просить об этом Правительство России от имени научно-практического сообщества. Тема не только назрела - она давно перезрела.

5. Сформировать в наших странах единое профилактическое пространство в образовательной среде, включая: защиту прав и интересов детей от табака, алкоголя и других наркотиков; предупреждение негативных явлений в образовательной среде; формирование культуры трезвого и безопасного образа жизни; профилактику аддиктивного (зависимого) поведения несовершеннолетних и молодежи; восстановление внутрисемейных трезвеннических обязательств «родитель – ребёнок».

6. Пересмотреть коренным образом практику субсидирования неправительственных организаций грантовой поддержкой социально значимых проектов в сфере трезвеннической, антитабачной, антиалкогольной и антинаркотической деятельности, реализуемых некоммерческими организациями, делая гранты более прозрачными и доступными.

7. Поэтапно и последовательно снижать производство спирта, в последующем оставив его производство только для научных, технических и медицинских целей.

8. В целях уничтожения экономического «механизма» алкоголизации населения, принять на региональном уровне решение о реформе финансовой системы, освобождающей региональные и местные бюджеты от денежной выручки, связанной с торговлей алкоголем и табаком. Для этого указанную выручку от торговли алкогольными и табачными изделиями, включая пиво, целесообразно перечислять непосредственно в федеральный бюджет, установив компенсирующую дотацию местным бюджетам из централизованных финансовых средств.

9. Выручку от продажи алкогольных и табачных изделий, включая пиво, исключить из статистики ВВП, показывая выручку от продажи этих изделий отдельной строкой.

10. Правительствам стран, при оценке эффективности деятельности территориальных (местных) органов самоуправления, исходить из таких демографических показателей, как уровень смертности населения вообще и детской в частности; средней продолжительности жизни и рождаемости; уровня заболеваемости туберкулёзом лёгких, венерическими болезнями и «СПИДом».

11. Поощрять на государственном и муниципальном уровнях производство и импорт сушёного винограда и натуральных виноградных соков, всячески ограничивая импорт зарубежных вин и прочих алкогольных изделий.

12. В перепрофилировании предприятий по производству алкогольных изделий предусмотреть производство товаров народного потребления, пищевых натуральных,

высококачественных отечественных продуктов, реализация которых позволит восполнить и с избытком перекрыть дефицит бюджета, частично лишённый поступлений от реализации антиалкогольных и антитабачных программ.

13. Пересмотреть списки наркотических средств, сильнодействующих и ядовитых веществ. Ужесточить критерии. Отнести различные спайсы, энергетики, табак и алкоголь, в любых дозах, без двойного толкования, к наркотикам и ядам.

14. Запретить выпуск на кино- и телевизионные экраны произведения кинематографа, где положительные герои курят, потребляют алкоголь или другие наркотические изделия.

15. Правительствам стран и законодательным органам наших государств придать государственный статус ежегодным Угловским чтениям (в честь академика РАМН, одного из основателей современного трезвеннического движения в странах СНГ и Балтии Ф.Г. Углова), в рамках которых осуществлять пропаганду трезвого образа жизни, обмен результатами научных исследований и опыта практической работы в области отрезвления населения.

16. Правительствам стран открыть новые лечебно-трудовые учреждения для избавления, реабилитации и ресоциализации зависимых на новых научно-теоретических и организационно-технических основах.

17. Правительствам стран, совместно с общественными трезвенническими организациями проработать с заинтересованными министерствами и ведомствами вопрос об открытии постоянно действующих национальных государственных обучающих форумов на территории своих стран, в рамках которых осуществлять подготовку педагогов, собриологов, психологов, пропагандистов трезвого образа жизни, - с обязательным направлением делегаций от региональных и местных органов власти.

18. Государственным и муниципальным структурам наших стран следует принципиально поменять подходы к разрешению алкогольной и наркотической беды: от борьбы с пьянством, наркоманией и алкоголизмом перейти к системному научному формированию трезвой, счастливой личности – к максимальному отрезвлению современного человека и общества. Государственным и региональным властям следует коренным образом пересмотреть общегосударственное и местное антиалкогольное, антитабачное и антинаркотическое законодательство, нацелив его на системное становление нового трезвого поколения, на формирование у молодежи устойчивого иммунитета, на создание юридических условий к массовому и повсеместному отрезвлению народов.

19. Руководству стран и регионов совместно с министерствами транспорта, проводить государственные и общественные акции, типа «Поезда в будущее», «Теплоходы в будущее», «Самолеты в будущее» и им подобные, изменив их направленность с противостояния нелегальным наркотикам на пропаганду полной, абсолютной трезвости.

20. Учредить 11 февраля ежегодным Международным Днем борьбы с курением (11 февраля 1697 года Петр I именным указом разрешил продажу табака в Российской Империи).

21. Уточнить квалификационные требования к ряду должностей в сферах государственного и муниципального управления, образования и здравоохранения, включив в структуру требований условие ведения трезвого образа жизни. Использовать это условие при назначении на должности и при аттестации кадров. Такое условие должно касаться, в особенности, первых лиц в сфере управления, кадров, воспитания и образования, а так же здравоохранения.

22. Объявить санкции на запрет покупок, поставок, провоза и продажи любого алкоголя (в том числе пива и пивных изделий) и табака, произведенных иностранными фирмами стран, для которых имеются санкции на поставку товаров в страны Восточной Европы.

III. Парламентам и депутатскому корпусу стран-участниц Международной конференции:

1. Вынести торговлю любым алкоголем и табаком за пределы населенных пунктов на расстояние не менее 2000 метров от территорий школ, средних специальных и высших учебных заведений; детских садов и яслей; различных детских центров и клубов по месту жительства; центров литературы, культуры и искусства; парков, заказников и заповедников; медицинских, спортивных и социальных учреждений; вокруг профессиональных центров и храмов; вокруг воинских частей; станций метро, вокзалов и автостанций; вокруг других всевозможных мест массового общественного пользования.

2. Депутатам разных уровней в бюджете наших стран и регионов предусмотреть отдельные строки на развитие трезвого образа жизни среди жителей наших стран и территорий.

3. В ознаменование 150-летия со дня рождения выдающегося борца за трезвость Чельшова Михаила Дмитриевича (26 сентября/9 октября 1866 года — 13/26 сентября 1915 года) — депутата III Государственной думы Российской Империи, объявить 2016 год — Международным Годом Чельшова, создав для этих целей национальные оргкомитеты в странах СНГ и Балтии, утвердив соответствующие государственные программы по проведению национального Года Чельшова и ввести соответствующие строки по этому вопросу в бюджетах наших стран. В рамках проведения Международного Года Чельшова, как минимум, предусмотреть:

- Проведение Международного форума во Владимире или Самаре 9 – 10 октября 2016 года, посвященного депутату Государственной думы Российской Империи М.Д. Чельшову.
- Выделение специального соответствующего помещения под музей М.Д. Чельшова и существенное пополнение Музея истории города Самары им. М.Д. Чельшова (администрация города Самары).
- Издание полного собрания сочинений М.Д. Чельшова (рекомендовать сделать российскому писателю А.Е. Бажанову на базе Института русской цивилизации).
- Создание фильма о М.Д. Чельшове (рекомендовать сделать писателю Е.А. Бажанову).
- Написание и издание книги о Чельшове в серии «Жизнь замечательных людей» (издательство «Молодая гвардия», автор Д. Агалаков).
- Заложить место под памятник М.Д. Чельшову в г. Самара на пл. Куйбышева (Соборной площади) – администрация г. Самары.
- Открытие памятников М.Д. Чельшову в Самаре и Владимирской области по проекту скульптора И.И. Мельникова и архитектора А.Ф. Темникова (мэрия г. Самары, администрация Владимирской области).
- Учреждение музея М.Д. Чельшова на его родине во Владимирской области (Администрация Владимирской области)
- Название улиц и проспектов именем М.Д. Чельшова, где он родился, жил и работал. Восстановление названия о переименовании ул. Фрунзе в Самаре в улицу М.Д. Чельшова (Владимир, Самара, С.-Петербург).
- Проведение ежегодных Чельшовских чтений по всем страна СНГ и Балтии с 9 по 20 октября (Международная академия трезвости, Союз борьбы за народную трезвость, Партия сухого закона России).
- Учреждение государственного ордена им. М.Д. Чельшова (Правительство России).
- Издание серебряной монеты, посвященной М.Д. Чельшову (Правительство России).
- Выпуск специальной юбилейной марки и издание почтовых конвертов с портретом М.Д. Чельшова (Правительство России).

4. Полностью и везде в наших странах запретить любые виды рекламы алкоголя (включая пиво) и табака.

5. Принять законы о праве местного запрета на торговлю алкоголем и табаком в областях, республиках, округах, городах, районах, населенных пунктах.
6. Запретить в законодательном порядке спонсирование спортивных соревнований, любых культурных мероприятий и массовых акций пивными, винными, водочными и прочими алкогольными и табачными компаниями и их структурами.
7. По примеру Швеции, Норвегии и Туркменистана, объявить закон трезвости для таких социальных категорий как педагоги, преподаватели, работники дошкольных, школьных учреждений, руководители всех рангов, командиры в армии, которые занимаются воспитанием подрастающего поколения.
8. Принять законы по ликвидации нелегального производства и продажи алкогольных изделий, включая парфюмерные, бытовые и аптечные спиртосодержащие товары, ввести серьезную ответственность за производство самогона. Ввести официальную финансовую и моральную заинтересованность милиции в ликвидации самогонварения, как это делалось в первые годы Советской власти в СССР.
9. Принять законы о срочной ликвидации любой торговли табаком и алкоголем в помещениях, расположенных в жилых зданиях и помещениях.
10. По примеру борьбы с табакокурением, рекомендовать законодательным органам стран-участниц конференции, на бутылках, банках, пакетах и другой таре, где содержится алкоголь, ввести тексты, этики и рисунки устрашающего характера.
11. Незамедлительно принять закон о запрете продажи алкоголя (в том числе пива и пивных изделий) и табака покупателям в возрасте до 21 года.
12. Законодательно запретить косвенную или открытую пропаганду алкоголя, табака и других наркотиков во всех средствах массовых коммуникаций.
13. Внести изменения в национальные законодательства наших стран в части выборов в депутаты всех уровней, предусмотрев трезвый образ жизни кандидата в депутаты, как разрешительный пункт при регистрации на выборах.

IV. Министерством образования и науки стран-участниц Международной конференции:

1. Ввести повсеместно в учебных заведениях всех уровней уроки трезвости, уроки культуры здоровья, предмет «Собриология» и другие трезвеннические дисциплины.
2. Учредить в каждом Федеральном округе РФ факультеты собриологии при федеральных университетах, где готовить специалистов по собриологии, превенции, профилактике, социальной педагогике, социальной работе, специальной психологии, аналитике, психоанализу, наркоконфликтологии, алкологии, ювенологии, геронтологии, наркологии, гортоновике, наркотоксикологии, экологии человека, культуре здоровья и другим специальностям. Готовить в университетах специалистов для комиссий и инспекций по делам несовершеннолетних, для антинаркотических комиссий, для центров реабилитации и ресоциализации, для центров здоровья, для всех структур, которые занимаются профилактикой наркотизма и формированием трезвой, счастливой жизни.
3. Научному сообществу наших стран создать в вузах кафедры собриологии в вузах – науки по отрезвлению общества; открыть институты и факультеты собриологии; аккредитовать новую науку в духовных семинариях и академиях; учредить научные советы по собриологии в высших учебных заведениях по защите кандидатских и докторских диссертаций;
4. Академиям наук наших стран создать в своей структуре комиссии и секции по собриологии.
5. Разработать систему поощрения образовательных учреждений (школ, ссузов, вузов), своевременно выявляющих факты употребления учащимися табака, алкоголя и других интоксикантов обучающимися и воспитанниками, а также факты распространения наркотических и психотропных веществ на территории образовательных учреждений

(например, ввести систему знаков «трезвая, безопасная территория», ежегодного публичного поощрения) и организовывать системную профилактическую работу.

V. Министерствам здравоохранения стран-участниц Международной конференции:

1. Принять на вооружение современные эффективные методики избавления от зависимостей – от табакокурения, алкоголизма и наркомании (методы Шичко, Худоліна, Григорьева, Карпова, Гринченко, Зайцева и другие).

2. Выразить официальный протест правительствам своих стран, планирующих ввести энотерапию в качестве лечебной процедуры для пациентов в любых лечебных, профилактических и санаторных учреждениях.

3. Дать полное, понятное и общедоступное разъяснение жителям своих стран, что трезвость является фундаментом здорового образа жизни.

VI. Силевым министерствам и ведомствам стран-участниц Международной конференции:

1. Министерствам обороны, в рамках образования военнослужащих и призывников в армию, включить курс лекций о трезвом образе жизни, о вреде табака, алкоголя и нелегальных наркотиков, используя исторический опыт России и других стран.

2. Обратить внимание правоохранительных органов и спецслужб на то, что нелегальные наркотики распространяются на почве курения, пивопития и употребления других алкогольных изделий. Активизировать сотрудничество правоохранительных органов и спецслужб в комплексном, системном и надведомственном подходе к пресечению преступной деятельности международных наркосообществ.

VII. Министерствам и ведомствам по молодежной политике стран-участниц Международной конференции

1. Активизировать деловые отношения в области становления трезвости и культуры здоровья среди молодежи наших стран с Молодежным подразделением ЮНЕСКО (www.unesco.org/youth/index.htm); Молодежной структурой ЮНИСЕФ (www.unicef.org/voyn); Молодежным блоком в Организации Объединенных Наций (www.un.org/youth); Молодежным подразделением Всемирного банка (www.youthink.worldbank.org); Всемирной организацией «Дети SOS» (www.soschildren.org/children-charity.htm); Международным молодежным фондом (www.iyfnet.org); Всемирной организацией «Молодежные лидеры сегодня» (www.leaderstoday.com); Международной организацией по защите детских прав (www.opcr.org); Международной организацией «Мирный ребенок» (www.peacechild.org); Международной детской организацией «Право играть» (www.righttoplay.com/index.asp); Всемирной организацией журналистов «Молодежные голоса» (www.globalyouthvoices.org); Европейским молодежным форумом (<http://www.youthforum.org/>) ; Евроработой (<http://www.eurocare.org/>) и другими.

2. Конкретизировать трезвенническую и здравосозидательную работу среди молодежи, применяя новые технологии: трезвеннического воздействия на молодежь, посредством широких возможностей Интернет; создание трезвеннического молодежного космического телевидения; учреждение молодежных красочных журналов и газет трезвеннической и здравосозидательной ориентации; проведение национальных и международных молодежных трезвеннических кинофестивалей; организация и проведение обучающих молодежных трезвеннических форумов, слетов и т.д., и т.п.

VIII. Министерствам культуры стран-участниц Международной конференции:

1. Незамедлительно создать национальные музеи трезвости.

2. Министерству культуры России, совместно с Международной академией трезвости издать альбом «Великие трезвенники Мира» (600-700 персон) (английский, русский, немецкий и французский языки);

3. Создать специальные, государственные издательства и типографии по выпуску литературы, газет и журналов по трезвому образу жизни. Эти издательства и типографии должны быть приоритетны при выделении им бюджетных средств на их деятельность.

4. Провести конкретную работу по созданию музеев трезвости:

а) Рекомендовать правлению Общероссийского объединения «Оптималист» (председатель В.И. Кутепов) и правлению Белорусского объединения «Трезвенность-Оптималист» (председатель В.А. Толкачев) проработать вопрос об открытии в одном из городов России или Беларуси музея Г.А. Шичко, создав при этом Фонд им. Г.А. Шичко.

б) Рекомендовать правлению Союза борьбы за народную трезвость (председатель В.Г. Жданов) и Фонду сохранения и развития научного, литературного и общественного наследия академика Ф.Г. Углова (руководитель Е.В. Новгородова) проработать с городской администрацией вопрос о создании в С.-Петербурге музея Ф.Г. Углова.

в) Рекомендовать президиуму Международной лиги трезвости и здоровья (президент А.В. Бодров) и правлению Благотворительного фонда имени А.Р. Довженко (председатель П.В. Борисовский) проработать с администрацией города Феодосия вопрос о создании в г. Феодосии (Крым) музея А.Р. Довженко.

г) Рекомендовать Координационному совету Общественного движения «Трезвая Украина» (координатор А.А. Почекета) проработать вопрос с областной администрацией Николаевской области об открытии в г. Николаеве (Украина) музея В.А. Рязанцева, а в г. Киеве (Украина) с городской администрацией г. Киева музея А.Ф. Миролубовой, создав при этом фонды им. В.А. Рязанцева и А.Ф. Миролубовой.

д) Рекомендовать правлению общественной организации трезвого и здорового образа жизни «Нижекамский Оптималист» (руководитель Р.М. Каюмова) и правлению Общественного фонда "Трезвость" Республики Татарстан (директор С.В. Коновалов) проработать с городской администрацией Нижнекамска вопрос о создании в г. Нижнекамске музея Ю.В. Морозова.

е) Рекомендовать правлению Саратовской областной организации трезвости и здоровья (председатель Н.А. Королькова) проработать с областной и городской администрацией Саратовской области и города Саратова вопрос об открытии в Саратове музея трезвости, создав при этом Фонд музея трезвости.

IX. Министерством финансов стран-участниц Международной конференции:

1. По примеру Швеции, Норвегии, Исландии, Китая и Индии предусмотреть приоритетное бюджетное и внебюджетное финансирование действий своих стран по формированию трезвого человека.

IX. Местной региональной власти стран-участниц Международной конференции:

1. Совместно с общенациональными трезвенническими организациями, с целью массовой популяризации трезвого, здорового образа жизни учредить городские и районные клубы и общества трезвости с привлечением в них депутатов разных уровней, мэров городов, политических деятелей, журналистов, педагогов, медиков, духовенство, представителей культуры, спорта и бизнеса.

2. Создать региональные и муниципальные центры по трезвеннической политике.

3. Поддержать проект ветерана трезвеннического движения России И.Е. Максимова о создании в Якутии специализированного трезвеннического эколога-духовного центра.

4. Начать Международное движение «Мэры городов за трезвость».

5. Распространить повсеместно движение «Трезвое село», «Трезвая деревня», «Трезвый поселок».

X. Средствам массовых коммуникаций стран-участниц Международной конференции:

1. Центральным, национальным и местным телевизионным кампаниям возродить и активизировать работу по выпуску региональных программ Всероссийского проекта «Общее дело».

2. Всем каналам ТВ и радио открыть специальные передачи (детские, подростковые, молодежные, для широкого зрителя и слушателя), направленные на формирование здоровой, трезвой жизни.

3. Во всех газетах и журналах открыть специальные, постоянно действующие рубрики по воспитанию здорового, трезвого поколения.

XI. Общественности стран-участниц Международной конференции:

1. Сформировать в наших странах и регионах негосударственные национальные фонды, ведущие трезвенническую, антиалкогольную, антинаркотическую и антитабачную деятельность.

2. Особым образом отметить великие даты в трезвенническом движении в ближайшие годы:

2017 год – 150 лет со дня рождения о. Павла Горшкова (20 (23) августа 1867 года – 1944 (1950) год), настоятеля Псковско-Печерского монастыря, создателя Школы трезвости в России, апостола трезвости.

2018 год – 100 лет со дня рождения Миролубовой Анфисы Федоровны (31 августа 1918 года – 17 января 1999 года), выдающейся деятельницы Мирового трезвеннического движения.

– 150 лет со дня рождения о. Митрофана Гомельского (Краснопольского) (22 октября 1868 года - 23 июня (6 июля) 1919 года), епископа РПЦ, председателя Комиссии о мерах борьбы с пьянством Государственной Думы Российской Империи.

2019 год – 150 летие со дня рождения (7 января 1869 года - 21 декабря 1954 года) Первушина Всеволода Прокопьевича, профессора, выдающегося деятеля трезвеннического движения Российской Империи, инициатора проведения Пироговского совещания 9-11 мая 1915 года, на котором алкоголь был официально признан наркотиком.

– 150-летие со дня создания в США Партии сухого закона (1 сентября 1869 года).

– 100-летие принятие в РСФСР закона трезвости (19 декабря 1919 года).

2020 год – 400-летие со дня рождения протопопы Аввакума (20 ноября 1620 года – 14 апреля 1682 года), великого проповедника трезвения.

2021 год – 200-летие со дня рождения Достоевского Федора Михайловича (30 октября 1821 года – 28 января 1881 года), выдающегося писателя и трезвенника

3. По примеру стран Северной Европы (Швеция, Норвегия, Финляндия) депутатским корпусам наших стран, совместно с правительствами наших государств, полностью и повсеместно запретить продажу алкогольных изделий любой крепости и любых видов в воскресенье и субботу.

4. Трезвенническим организациям принять активное участие в работе административных и общественных комиссий народного контроля по обороту алкоголя и других наркотиков, а так же по контролю работы наркологических служб в части разрешения водителям езды на транспорте.