

ТОКСИКОЛОГИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЕМ

(письмо в редакцию)

С.В. Яргин

Российский университет дружбы народов, г. Москва

РЕЗЮМЕ. Среди обсуждаемых тем важное место занимает роль здравоохранения в борьбе с этим серьезным социальным заболеванием. Настораживают последствия некоторых антиалкогольных мер, несовершенство профилактической работы, узость тематики, отсутствие надлежащих медицинских средств для оказания качественной лечебной помощи. Причин, приводящих к алкоголизму, множество. Огромное беспокойство вызывают поддельные высокотоксичные и некачественные напитки, которые приобретают в розничной торговле, вызывая необратимые процессы в организме человека, часто-густо приводя к деменции, а иногда и к смерти из-за избыточного неконтролируемого потребления. К сожалению, в подобных случаях имеет место отсутствие современной экстренной медицинской помощи.

Чего греха таить — пьянство на рабочих местах было обычным делом на многих предприятиях и в учреждениях, иногда при попустительстве администрации. Многие праздники сопровождались приемом алкоголя. Иногда длительное сидение за праздничным столом до и после полуночи вызывало интоксикацию даже у тех, кто обычно не пил. В некоторых коллективах употребляли медицинский или технический спирт. Руководство закрывало на это глаза; более того, поощряя подобные факты [2].

Лечение алкоголизма было малоэффективным. Преобладала аверсивная терапия с использованием рвотных и сенсibiliзирующих средств, убеждение (рациональная психотерапия), а также плацебо [3, 4]. Лечебно-трудовые профилактории (ЛТП) были формой лишения свободы, однако доступ к алкоголю был свободным. В лечебных целях производилась имплантация содержащих дисульфирам препаратов, обладающих эффектом плацебо [5,6]. Фармакологическое действие проявлялось лишь в некоторых случаях [3]. Многие пациенты возобновляли прием алкоголя вскоре после имплантации. Следует также упомянуть о сверхбыстрой психотерапии алкоголизма [7, 8], известной как кодирование. Метод начали использовать во время антиалкогольной кампании. Его критиковали за несоответствие медицинской этике в связи с применением запугивающей суггестии, неприятных или болезненных манипуляций: орошение зева хлорэтилом, раздражение ветвей тройничного нерва «путем энергичного пальцевого

надавливания», «резкое насильственное забрасывание головы назад» [9]. Последнее сопряжено с риском для пациентов с латентной патологией позвоночника. В 1990-е годы к лечению от алкоголизма и выведению из запоев подключились врачи без соответствующей квалификации и шарлатаны [10]. Сообщалось также об использовании нейролептиков (например, галоперидола) и антидепрессантов для лечения алкогольной зависимости, что противоречит международной практике [11]. Следует также упомянуть о внутривенной инфузионной терапии (растворы натрия хлорида, глюкозы, реополиглюкин и т.п.), рекомендованной с целью детоксикации и регидратации, например, при алкогольном абстинентном синдроме средней и тяжелой степени [3]. Очевидно, в ряде случаев применение такой терапии было недостаточно обоснованным: токсические вещества выводятся сами, а при абстинентном синдроме их в организме может не быть [12]. Дегидратацию во многих случаях можно устранить с помощью перорального приема жидкостей. Необходимо также учитывать, что длительные капельные инфузии в условиях недостаточно качественного выполнения процедур и соблюдения принципа информированного согласия, связаны с риском тромботических, инфекционных осложнений [13], заражения вирусом гепатита и т.п. Известно, что сочетание вирусного и алкогольного поражения печени опасно для здоровья и жизни человека.

ДИСКУСІЇ

Начатая в 1985 г., антиалкогольная кампания набирала темпы. Связанная с употреблением алкоголя смертность временно снизилась. Вместе с тем отмечался рост числа отравлений суррогатами. Широко распространилось самогонование. Во время антиалкогольной кампании качество алкогольных напитков снизилось. После кампании и отмены государственной монополии в 1992 году в торговую сеть стал поступать плохо очищенный синтетический и гидролизный спирт [10,15-17]. После этого количество смертельных отравлений скачкообразно увеличилось [15]. Сравнительная оценка в экспериментах на крысах показала, что острая токсичность гидролизного спирта в 1,2 раза превышает токсичность натурального спирта-ректификата из пищевого сырья. Острая токсичность синтетического спирта, очищенного в соответствии с требованиями к пищевому спирту, в 1,1 превышала такую натурального спирта-ректификата [17]. Низкокачественный спирт в большом объеме импортировался в Российскую Федерацию (РФ), например, из Грузии: у пункта пересечения границы автор наблюдал длинную очередь автоцистерн. Какие жидкости эти бензовозы перевозили раньше и как их отмывали от нефтепродуктов, неизвестно. Спирт разводили и разливали в водочные бутылки сомнительной чистоты, добавляли в пиво, винные и прочие напитки. Кавказ был известен как источник дешевого алкоголя в масштабах всей страны. В 1990-е годы одна Северная Осетия изготовляла около 40 % водки, производимой в РФ [10].

Результаты более ранних антиалкогольных мер также отличались от провозглашенных целей. В соответствии с постановлением «О мерах по усилению борьбы против пьянства и алкоголизма», в 1972 году была запрещена продажа водки и других спиртных напитков между 19.00 и 11.00, а также по воскресеньям. Однако после 19.00 до закрытия магазинов в 20.00-22.00 продавались дешевые крепленые вина. Рабочие заканчивали смену около 17.00; с учетом очередей в магазинах, они могли начать с водки, но затем пили крепленое вино или потребляли только последнее, что сопровождалось повышением социальных рисков и более тяжелой интокси-

кацией. В это время почти полностью перестали продавать водку в бутылках по 0,25 литра. Алкоголики старшего возраста предпочитали покупать после работы 0,25-литровую бутылку водки и идти домой. Вместо этого пили поллитра на троих или на двоих, потом добавляли еще, распивали в общественных местах и т.п., что повышало социальные риски.

Самые дешевые крепленые вина и винные напитки были низкого качества; их употребление сопровождалось более тяжелой интоксикацией и похмельем, чем прием эквивалентных доз водки. Низкое качество добавляемого спирта маскировалось вкусом вина и/или ароматическими добавками. В начале экономических реформ исчезли из-за высокой себестоимости многие крепленые вина, которые были натуральными продуктами удовлетворительного или хорошего качества, крепленные спиртом-ректификатом из пищевого сырья. Больше всего антиалкогольная кампания сказалась на потреблении вина, которое в 1982-84 годы находилось на уровне 17-20, в 1987 – 7,6; 1993 – 3,5 литра в год на душу населения РФ [15]. Под винными этикетками стали продавать, например, подкрашенный ароматизированный раствор спирта низкого качества [18]. В течение последнего десятилетия отмечена тенденция к улучшению качества продаваемого в РФ алкоголя, хотя пиво и другие напитки иногда пахнут техническим спиртом.

С конца 1990-х – начала 2000-х годов стало заметным постепенное изменение характера потребления алкоголя со снижением общего количества [3, 10, 19, 20]. Реже встречается запойное или «кутежное» [10] пьянство с приемом больших доз водки [21]; возросло умеренное потребление пива [19]. Изменения заметны в больших городах, а также в малых населенных пунктах, где снизился уровень пьянства. Это связано с миграцией населения, а также с постепенным вымиранием пьяниц. У молодежи появились новые приоритеты. Среди прочих причин уменьшения пьянства можно назвать более ответственный образ жизни в условиях рыночной экономики. Молодые люди заимствуют более умеренный стиль потребления алкоголя, принятый в других

ДИСКУСІЇ

странах. Что касается антиалкогольных мер, принятых в РФ в последние годы, то их роль в снижении потребления алкоголя, по-видимому, преувеличена в некоторых публикациях [22]. Водка, пиво и другие напитки остаются общедоступными, соотношение средняя зарплата (пенсия) / минимальная цена водки остается на уровне, в несколько раз превышающем таковой до антиалкогольной кампании [18]. Изменения в налоговой (акцизной) политике РФ ведут к умеренным колебаниям реальных цен на алкогольные напитки с учетом инфляции. Что касается ограниченной продажи алкоголя по времени суток (сегодня менее строгих, чем в период 1972-1988 гг.), то они могут несколько снизить средний уровень потребления алкоголя [23]. Однако способствуют потреблению в больших дозах: алкоголь покупается с запасом. Следует отметить, что недавно введенные временные и пространственные (вблизи социальных и спортивных объектов и т.п.) ограничения продажи алкогольных напитков полезны для поддержания общественного порядка.

Общеизвестно, что злоупотребление алкоголем, запойное или кутежное пьянство (binge drinking) способствует преждевременной смертности. После антиалкогольной кампании средняя ожидаемая продолжительность жизни в РФ снизилась, особенно среди мужчин; в 1993-2001 гг. этот показатель составлял около 58-59 лет [1,10,24,25]. Высокая смертность мужчин трудоспособного возраста привела к частичной замене этнических русских приезжими рабочими. Как отмечалось выше, некоторые антиалкогольные меры в итоге способствовали более тяжелым интоксикациям и повышению смертности в результате употребления низкокачественных напитков и суррогатов.

Многие алкоголики в СНГ умирают от цирроза печени и его осложнений. Из патологоанатомической практики также известно, что одной из основных причин смерти алкоголиков является заболевание органов дыхания: хронический бронхит, бронхопневмония, эмпиема плевры и туберкулез [30-33]. По-видимому, это связано с курением, аспирацией рвотных масс. Сообщалось о нарушении синтеза легочного сурфактанта под действием

алкоголя [32,34]. В связи с этим хотелось бы предостеречь от использования инвазивных методов (например, введения препаратов сурфактанта через бронхоскоп [35]) в отсутствие научно обоснованных показаний в т.ч. с исследовательскими целями. Именно поэтому больные алкоголизмом относятся к группе риска [36].

Одной из причин повышения смертности после антиалкогольной кампании послужило низкое качество алкогольных напитков, обилие фальсифицированной продукции в легальной продаже. Сообщалось о многочисленных смертельных исходах после употребления алкогольных напитков в умеренных дозах [16] при относительно низкой концентрации этанола в крови [1,10,15]. После 1991 года рост смертности значительно опережал потребление алкоголя, которое с 1987 по 1992 увеличилось на 25-27%. За тот же период показатель заболеваемости алкогольными психозами увеличился в 2,4 раза. Смертность от причин, связанных с употреблением алкоголя, за аналогичный период возросла более чем в 2,5 раза [17]. 1994 год был рекордным по смертности от алкогольных отравлений — 55,5 тысяч человек или 2,4% от общей смертности [10]. В Республике Карелия за 1992 год смертельные отравления алкоголем выросли в 3 раза, при одновременном снижении средней концентрации алкоголя в крови в 1,4 раза [10]. В городе Великие Луки с 1984 по 1994 гг. отмечено трехкратное увеличение частоты отравлений алкогольными напитками, приобретенными в торговой сети [15]. Смертность от алкогольных отравлений между 1998 и 2004 в целом по РФ выросла на 58% и продолжала расти [1]. Опережающее нарастание последствий потребления алкоголя может быть объяснено низким качеством алкогольных напитков, содержащих большое количество примесей [17]. По данным Московской СЭС (1993 г.), около 40 % винно-водочной продукции не соответствовали требованиям нормативных документов, обнаруживались значительные примеси ацетона, альдегидов, сернистых соединений, свидетельствующие о непищевом назначении спирта. Также из-за ограниченных возможностей определенных служб, часть токсических примесей

ДИСКУСІЇ

оставалась невыявленной. Основным источником дополнительной токсичности был технический спирт с высокой концентрацией веществ неалкогольной природы [10]. Незарегистрированная смертность от отравлений была гораздо выше, ибо преобладала тенденция гипердиагностики сердечно-сосудистых заболеваний в неясных случаях [1, 37]. Сообщалось о массовых отравлениях легально продающимися алкогольными напитками [17]. В 2006 году массовое отравление с развитием желтухи было вызвано раствором дезинфицирующего средства Экстрасепт-1, которое продавали в бутылках под видом водки. В состав этого средства, помимо этилового спирта, входят диэтилфталат и полигексаметиленгуанидин гидрохлорид (ПГМГГХ). Общее количество доказанных острых отравлений с выраженной желтухой с августа по ноябрь 2006 года составило 12611 случаев, погибло 1189 человек, тысячи остались инвалидами [38]. Токсичные алкогольсодержащие жидкости не только вызывают острые отравления, но и провоцируют ускорение развития соматической патологии [17]. Профессоры D.A. Ford и R.J. Korhuis [39, 40] любезно согласились произвести газовую хроматографию/масс-спектрометрию образцов водки и питьевого спирта, купленных в Коми-Пермяцком автономном округе — бывшем субъекте РФ, где фиксировался самый низкий уровень продолжительности жизни [41].

Тема токсичности легально продававшихся в магазинах и киосках алкогольных напитков практически отсутствовала в средствах массовой информации [20]. Однако преувеличивалась роль «нелегального рынка», где потребители якобы приобретают суррогаты.

В заключение нужно упомянуть о жестокости обращения с людьми пожилого возраста. Эта тема недостаточно освещается в российской прессе [42]. Это касается не только алкоголиков, хотя процент злоупотребляющих алкоголем среди жертв, по видимому, довольно высок. С одной стороны, пьяницы имеют реально меньше возможностей для защиты своих прав; с другой стороны, моббинг и жестокое обращение могут вызывать у жертвы стресс и депрессию [43], провоцируя тем самым

употребление алкоголя. Жестокое обращение может принимать разные формы, оно часто остается нераспознанным. Врачи не всегда регистрируют такие факты. Пожилые жертвы жестокого обращения часто винят в происходящем самих себя, стыдятся признать свою уязвимость или не хотят «предавать» своих родственников [44, 45]. Трудно делать обобщения, не имея достоверной статистики. Однако отдельные случаи, атмосфера терпимости и беззакония беспокоит и настораживает: приближение смерти пожилого, в особенности пьющего, может усиливать тягу к алкоголю. Неоказание медицинской помощи, издевательства и жестокость иногда преднамеренны со стороны родственников. Это происходит из-за корыстных мотивов — завладеть жильем, недвижимостью.

Следует также упомянуть и об моббинге на рабочих местах с целью ускорить выход на пенсию или увольнение пожилого сотрудника. Даже умеренное потребление алкоголя делает таких сотрудников более уязвимыми. Российская практика менеджмента не обращает достаточного внимания на моббинг [43]. Отношение в государственных поликлиниках, в особенности к мужчинам среднего и пожилого возраста, иногда бывает пренебрежительным, если они не признаны ветеранами. Существуют однако подозрения, что статус ветерана иногда присваивался лицам из привилегированных слоев без достаточных оснований. В связи с этим, а также ввиду дороговизны многих лекарств, хронические заболевания часто остаются без лечения. Оставленные без лечения и коррекции заболевания могут способствовать депрессии, стигматизации и злоупотреблению алкоголем [46].

Пьянство наносит большой вред обществу, самим пьющим и окружающим лицам. Однако сегодня — это часть нашей жизни. Необходимо вдумчиво решать эту актуальную проблему, изучая опыт других стран, где разработаны способы возвращения в социум этой категории людей [47]. В соответствии с нормами медицинской и общей этики, необходимо наладить помощь социально незащищенным гражданам, включая лиц старшего возраста, страдающих алкоголизмом и алкогольной деменцией.

ДИСКУСІЇ

ЛИТЕРАТУРА

1. Анализ причин смертности населения России / М.И. Давыдов, Д.Г. Заридзе, А.Ф. Лазарев [и др.] // Вестник РАМН. – 2007. – № 7. – С. 17–27.
2. *Treml V.G.* Study of employee theft of materials from places of employment / V.G. Treml // Berkeley-Duke occasional papers on the second economy in the USSR, 1990. – № 20.
3. *Иванец Н.Н.* Алкоголизм. Руководство для врачей / Н.Н. Иванец, М.А. Винникова. – Москва: МИА, 2011.
4. *Fleming P.M.* Alcohol treatment services in Russia: a worsening crisis / P.M. Fleming, A. Meyroyan, I. Klimova // Alcohol and Alcoholism. – 1994. – V. 29. – P. 357–362.
5. *Johnsen J.* Depot preparations of disulfiram: experimental and clinical results / J. Johnsen, J. Morland // Acta psychiatrica Scandinavica. Supplementum. – 1992. – V. 369. – P. 27 – 30.
6. Disulfiram implantation: a dose response trial / A. Wilson, R. Blanchard, W. Davidson [et al.] // Journal of clinical psychiatry. – 1984. – V. 45. – P. 242 – 247.
7. Стрессопсихотерапия больных алкоголизмом в амбулаторных условиях / А.Р. Довженко, А.Ф. Артемчук, З.Н. Болотова [и др.] // Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. – 1988. – № 2. – С. 94 – 97.
8. *Липгарт Н.К.* Еще раз о методе стрессопсихотерапии алкоголизма А.Р. Довженко / Н.К. Липгарт, А.В. Голобурда, В.В. Иванов // Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. – 1991. – № 6. – С. 133 – 134.
9. *Воскресенский В.А.* К критике сверхбыстрой психотерапии алкоголизма / В.А. Воскресенский // Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. – 1990. – № 9. – С. 130-132.
10. *Немцов А.В.* Алкогольная история России: новейший период / А.В. Немцов. – Москва: urss.ru, 2009.
11. Менделевич В.Д. Алкогольная зависимость: достигаем ли целей лечения в условиях традиции неумеренного питания? / В.Д. Менделевич // ГлавВрач. – 2015. – № 10. – С. 63 – 73.
12. *Исаев Р.* Лечение алкоголизма / Р. Исаев. – Москва: Издательство Э, 2015.
13. *Серов В.В.* Патологоанатомическая оценка последствий врачебных манипуляций / В.В. Серов, М.С. Попов, О.В. Зайратьянц // Архив патологии. – 1998. – Т. 50, вып. 5. – С. 11 – 16.
14. *Поттер-Эфрон Р.Т.* Стыд, вина и алкоголизм: клиническая практика Potter-Efron R.T., Carruth V. Shame, Guilt, and Alcoholism: Treatment Issues in Clinical Practice. – Haworth Press, 2002). – МОСКВА.: ИОИ, 2014. – 399 с.
15. *Нужный В.П.* Избыточное потребление алкоголя в России – весомый фактор риска болезней системы кровообращения и высокой смертности населения (обзор) / В.П. Нужный, В.И. Харченко, А.С. Акопян // Терапевтический архив. – 1998. – № 10. – С. 57 – 64.
16. *Говорин Н.В.* Алкогольная смертность / Н.В. Говорин, А.В. Сахаров. – Томск: Иван Федоров, 2012.
17. *Нужный В.П.* Токсикологическая характеристика этилового спирта, алкогольных напитков и содержащихся в них примесей / В.П. Нужный // Вопросы наркологии. – 1995. – № 3. – С. 65 – 74.
18. *Jargin S.V.* Minimal price for vodka established in Russia from 1 January 2010. Alcohol Alcohol / S.V. Jargin // 2010. – №45(6). – P.586 – 588.
19. WHO global status report on alcohol and health. Geneva, 2014.
20. *Radaev V.* Impact of a new alcohol policy on homemade alcohol consumption and sales in Russia / V. Radaev // Alcohol and Alcoholism. – 2015. – V. 50. – P. 365 – 372.
21. *Perlman F.J.A.* Drinking in transition: trends in alcohol consumption in Russia 1994-2004 / F.J.A. Perlman // BMC Public Health. – 2010. – V. 10. – P. 691.
22. *Khaltourina D.* Effects of specific alcohol control policy measures on alcohol-related mortality in Russia from 1998 to 2013 / D. Khaltourina, A. Korotayev // Alcohol Alcohol, 2015. – №50(5). – P. 588 – 601.
23. Alcohol: no ordinary commodity / Babor T., Caetano R., Casswell S.[et al.] Research and public policy (2nd Edn), Oxford University Press, Oxford, 2004.
24. *Немцов А.В.* Алкогольная ситуация в России 1980-2005 гг. / А.В. Немцов, Ю.Е. Разводовский // Социальная и клиническая психиатрия. – 2008. – № 2. – С. 52 – 60.
25. *Ryan M.* Alcoholism and rising mortality in the Russian Federation // BMJ. – 1995. – V. 310. – P. 646 – 648.
26. О состоянии наркологической помощи населению / В.Ф. Егоров, Э.С. Дроздов, Н.И. Шибанова [и др.] // Вопросы наркологии. – 1991. – № 1. – С. 37 – 38.
27. *Иванец Н.Н.* Современное состояние проблемы наркоманий в России / Н.Н. Иванец, И.П. Анохина, Н.В. Стрелец // Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. – 1997. – № 9. – С. 4 – 10.
28. *Володин В.Д.* Профилактика наркоманий / В.Д. Володин, Н.Н. Иванец, В.Е. Пелипас // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 1999. – № 1. – С. 3 – 7.
29. *Анохина И.П.* Основные достижения в области наркологии, токсикомании, алкоголизма / И.П. Анохина, Н.Н. Иванец, В.Я. Дробышева // Вестник РАМН. – 1998. – № 7. – С. 29 – 37.
30. *Верткин А.Л.* Окончательный диагноз / А.Л. Верткин, О.В. Зайратьянц, Е.И.Вовк – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 575 с.
31. *Копыт Н.Я.* Влияние злоупотребления алкоголем на некоторые показатели здоровья населения / Н.Я. Копыт, В.В. Гуджабидзе // Здравоохранение Российской Федерации. – 1977. – № 6. – С. 25 – 28.
32. *Моисеев В.С.* Поражение легких при алкогольной болезни / В.С.Моисеев, В.А. Романова //Алкогольная болезнь. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – С. 199 – 211.
33. *Пауков В.С.* Патологическая анатомия пьянства и алкоголизма / В.С. Пауков, Ю.А. Ерохин // Архив патологии. – 2004. – № 4. – С. 3 – 9.
34. *Joshi P.C.* The alcoholic lung: epidemiology, pathophysiology, and potential therapies / P.C. Joshi, D.M. Guidot // Am J Physiol Lung Cell Mol Physiol. – 2007. – V. 292. – P. L813 – 823.
35. *Jargin S.V.* Surfactant preparations for tuberculosis and other diseases beyond infancy: a letter from Russia / S.V. Jargin //Tuberculosis, 2012. – №92(3). – P.280 – 282.

ДИСКУСІЇ

36. *Jargin S.V.* Invasive procedures with questionable indications / S.V.Jargin // *Ann Med Surg* 2014. – № 23,3 (4). – P. 126 – 129.
37. *Jargin S.V.* Cardiovascular mortality trends in Russia: possible mechanisms / S.V. Jargin // *Nat Rev Cardiol.* – 2015. – V. 12. – P. 740.
38. *Лужников Е.А.* Медицинская токсикология / Лужников Е.А. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014.
39. *Korthuis R.J.* Introduction to the special topics issue on alcohol and cardioprotection / Korthuis R. J. // *Pathophysiology.* – 2004. – №10. – P. 81 – 82.
40. *Ford D.A.* Lipid oxidation by hypochlorous acid: chlorinated lipids in atherosclerosis and myocardial ischemia / D.A. Ford // *Clin Lipidol.* – 2010. – № 5. – P. 835 – 852.
41. Challenges to effective cancer control in China, India, and Russia / P.E. Goss, K. Strasser-Weippl, B.L. Lee-Buchkovsky [et al.] // *Lancet Oncol.* – 2014. – №15. – P. 489 – 538.
42. *Пучков П.В.* Жестокое обращение по отношению к геронтологической группе населения: прошлое и настоящее / П.В. Пучков. – Саратов: Саратов. гос. техн. ун-т., 2006.
43. *Романова Н.П.* Моббинг / Н.П. Романова. – Чита: ЧитГУ, 2007.
44. *Kleinschmidt K.C.* Elder abuse: a review / K.C. Kleinschmidt // *Annals of emergency medicine.* – 1997. – V. 30. – P. 463 – 472.
45. Violence to and maltreatment of people with disabilities: a short review / A. Heilporn, J.M. Andre, J.P. Didier, M.A. Chamberlain // *Journal of rehabilitation medicine.* – 2006. – V. 38. – P. 10 – 12.
46. Predictors of alcohol and drug dependence / M.J. Fleury, G. Grenier, J.M. Barmvita [et al] // *Canadian journal of psychiatry.* – 2014. – V. 59. – P. 203 – 212.
47. *Яргин С.В.* Алкоголь и алкоголизм в России с 1970-го по 2015 год / С.В. Яргин // *ГлавВрач.* – 2016. – № 2. – С. 54 – 60.