

## АЛКОГОЛИЗАЦИЯ И СМЕРТНОСТЬ В СОВРЕМЕННОЙ РОССИИ

Ольга Озерова  
Социологический институт РАН

Одним из наиболее драматичных проявлений кризиса здоровья в современной России является, как известно, сверхвысокая смертность среди населения трудоспособных возрастов, - преимущественно мужчин в возрасте 40-59 лет (Abbott, 2002). По мнению многих исследователей, важнейшей непосредственной причиной этого явления является широкое распространение деструктивных в отношении здоровья поведенческих практик, и, прежде всего, злоупотребление алкоголем (Chenet, McKee, Leon, Shkolnikov, and Vassin, 1998; Shkolnikov, McKee, Leon, 2001; Walberg, McKee, Shkolnikov, Chenet, Leon 1998).

Следует отметить, что взлет смертности мужчин от сердечно-сосудистых заболеваний, в этиологии которых значимое место занимают нездоровые типы поведения; а также травм, связанных с употреблением алкоголя; и алкогольных отравлений наблюдался еще, начиная с середины 1960-х годов (Mesle, Vallin, Hertich, Andreev, Shkolnikov, 2003) Так, за период с 1965-го по 1984-ой год, благодаря увеличению количества смертей именно от этих причин, ожидаемая продолжительность жизни мужчин, несмотря на снижение уровней смертности от онкологических, инфекционных, легочных, и других заболеваний, снизилась с 64-х до 61.7 лет. С конца 80-х гг., после кратковременного улучшения ситуации в период горбачевской антиалкогольной кампании, сопровождавшейся повышением цен на алкогольную продукцию и падением темпов ее производства, наметившаяся в предшествующие годы положительная динамика в изменении уровней смертности мужчин прекратилась.

В первые годы после развала Советского Союза снижение ожидаемой продолжительности жизни мужчин стремительно ускорилось - к середине первого кризисного десятилетия реформ, возраст дожития у них уже равнялся 57.6 годам. Рост смертности в 1992-1993 гг. был особенно интенсивным и беспрецедентным для мирного времени. Минимальная продолжительность жизни после 1959 г., была зафиксирована в 1994 г., - 57,4 и 71,1 лет у мужчин и у женщин соответственно, а ее максимальное годовое падение - в 1993 г. (Андреев, Жданов, Школьников, 2007). В 1992-1994 годах выросла смертность от всех тех больших классов причин смерти, с которыми было связано ее снижение во время антиалкогольной кампании. С 1991 по 1994 годы только уровень смертельных отравлений алкоголем вырос на беспрецедентные 236,5%! (Немцов, 2008). Начиная с 1993 года, рост смертности опережал рост потребления алкоголя, что, по мнению специалистов, отчасти было обусловлено «переносом» связанных с алкоголем смертей из периода антиалкогольной кампании в период рыночных реформ. (Демоскоп, 2001). Для периода 1992-1994 годов, итог составил 510 тысяч человек прироста смертей за счет алкоголя или 53,6% от всего прироста смертности. (Немцов, Школьников).

С середины 90-х наступил период заметного улучшения ситуации, однако после экономического кризиса 1998 г. кривая смертности вновь поползла вверх - прежде всего, за счет резкого увеличения числа смертей в молодых возрастах. Так, коэффициенты смертности в возрастном интервале 15-30 лет в 1998 году были намного выше, чем в предыдущие годы, причем максимум сверхсмертности пришелся на возраст 20-24 года. Резко повышенная смертность в возрасте от 15 до 30 - самая существенная особенность новой ситуации, возникшей после многочисленных спадов и подъемов смертности с сере-

дины 1980-х годов. В итоге, к 2005 г. кризис смертности еще более углубился - показатель ожидаемой продолжительности жизни мужчин оказался на 5.1 года ниже по сравнению с 1965 г., составив 58.9 лет.

Для сравнения заметим, что в отличие от мужчин, показатель ожидаемой продолжительности жизни в женской половине населения, начиная с 1965г. неуклонно увеличивался, достигнув отметки в 74.6 лет в 1989г. Однако процессы трансформации российского общества, осуществлявшиеся с начала 90-х гг., не преминули сказаться и на здоровье наших соотечественниц - к 1994 году продолжительность жизни женщин упала до 71.2 лет. В период 1995-1997 гг., здоровье женщин, так же, как и мужчин, несколько улучшилось, однако вскоре вновь произошел спад. По результатам на 2005 год, ожидаемая продолжительность жизни россиянок практически вышла на уровень 1965г. (72.4 и 72.2 года соответственно). Таким образом, на протяжении последних 40 лет ожидаемая продолжительность жизни женщин оставалась, в целом, в состоянии стагнации. Между тем, в условиях стремительного роста смертности мужчин, разрыв в показателях ОПЖ у мужчин и женщин существенно расширился, достигнув в 2005 г. беспрецедентной отметки в 13.5 лет (Shkolnikov, Field, Andreev. 2001). Тот факт, что женщины живут дольше мужчин, характерен практически для всех современных обществ. Однако в постсоветской России меньшая вероятность того, что мужчина проживет долгую жизнь, выражена гораздо отчетливее - размах гендерных неравенств в долголетьи россиян является самым большим в мире, более чем в два раза превышая соответствующий показатель в развитых странах, и в четыре раза - собственные показатели 1960-х годов. Несомненно, немалая доля ответственности за этот беспрецедентный разрыв в показателях долголетия ложится на алкоголь. Для сравнения можно привести следующие цифры: в непьющих мусульманских странах разница в продолжительности жизни между мужчинами и женщинами равняется 4-5 годам, в странах с преобладанием пивного потребления - стремится к 6 годам, что близко к естественной биологической разнице. В странах т.н. «винного пояса» разрыв составляет 8 лет, в «водочном поясе» - 10 лет и более, а в России по последним данным - рекордные 12. (Халтурина, Коротаев). Таким образом, анализ динамики здоровья российского населения с начала 90-х гг., показывает, что на фоне значительного роста смертности, особенно выраженного у мужчин, наблюдались резкие флуктуации этого показателя, совпадающие по времени с серьезными изменениями экономической ситуации в стране. Удалось установить, что эти взлеты и падения уровней смертности на протяжении 90-х, так же, как и в предшествующие периоды, были связаны, в первую очередь, с изменениями смертности от сердечно-сосудистых заболеваний и внешних причин - травм, отравлений, убийств и самоубийств (Britton and McKee, 2000; Chenet, McKee, Leon, Shkolnikov and Vassin, 1998; Leon, Chenet, Shkolnikov, Zakharov, Shapiro, Rakhmanova, Vassin, McKee, 1997; Mesle, 2002; Shkolnikov, McKee and Leon, 2001; Walberg, McKee, Shkolnikov, Chenet, Leon, 1998). Следует отметить, что решающая роль именно этих классов причин смертности в ее общем росте подтверждается также и при анализе межрегиональных различий в приросте смертности за период с 1990-го по 1994 год (Walberg, McKee, Shkolnikov, Chenet, Leon, 1998).

Среди причин, приведших к резкому усугублению негативных тенденций в изменении здоровья в постсоветской России, называют существенное понижение уровня жизни россиян и рост всех форм социального неравенства на протяжении первого кризисного десятилетия реформ, ухудшение состояния здравоохранения, а также обострение психологического дискомфорта, вызванного возросшими стрессовыми нагрузками и ощущением утраты контроля над обстоятельствами жизни вследствие высоких темпов общественных изменений. В качестве же непосредственной причины стремительного роста смертности в современной России рассматриваются деструктивные поведенческие практики, угрожающие здоровью, да и самой жизни людей, выполняющие, в определенном смысле, роль передаточного механизма во влиянии всех этих факторов на здоровье населения. Злоупотребление алкоголем, безусловно, занимает в этом ряду особое место – и в силу чрезвычайно высокой распространенности этого явления в российском обществе, и в силу множественности вызываемых им последствий для здоровья нации.

Еще в 1761 году великий Ломоносов написал трактат «Рассуждение о размножении и сохранении русского народа», в котором указывал на фатальную роль пьянства в истории страны и народа, а также предостерегал от опаснейших последствий этого губительного явления в будущем. С сожалением следует признать, что труд Ломоносова, созданный почти 250 лет назад, и сегодня звучит актуально. По данным Всемирной Организации Здравоохранения, Россия входит в тройку лидеров по потреблению алкоголя. По данным Госкомстата оно составляет около 10 литров чистого алкоголя на человека в год, а по оценкам экспертов - 15-16 литров. (Андриенко, Немцов, 2005). Согласно данным Госкомстата, за период с 1990-го по 2005 год потребление учтенного алкоголя на душу населения в стране выросло с 5,83 л. абсолютного алкоголя до 9,7 л., - т.е., почти вдвое. Рост потребления алкоголя продолжается и сегодня. Так, за первое полугодие 2008 года общий объем потребления алкоголя в России вырос на 2,5 % по сравнению с соответствующим периодом прошлого года и составил 84,7 млн. декалитров в пересчете на абсолютный (100%) этиловый спирт. По сравнению с 2006г., согласно данным Национальной Алкогольной Ассоциации, объем потребления алкоголя увеличился на 4,8 %, а по сравнению с 2005г. вырос на 5 %.

Следует, правда, отметить, что в ряде стран сопоставимый с нами уровень потребления алкоголя не сопровождается столь аномально высокой смертностью. Среди этих стран - Португалия, Ирландия, Чехия, Франция, Германия, Австрия. (Халтурина, Коротаев). Между тем, в России именно алкоголь является ведущей причиной небывало высокой смертности. Безусловно, не последнюю роль в этом феномене играет культура питания – что именно пьют, и в каких дозах.

Потребление алкоголя в России, относясь к так называемому, северному типу (так же, как и в ряде стран Северной Европы - Норвегии, Швеции, Финляндии, Шотландии), характеризуется потреблением крепких высокоградусных напитков. Тогда как «южный тип» потребления распространен в странах с теплым климатом (таких, как Франция, Италия, Греция) и характеризуется лидирующим потреблением вина и пива, а также слабоалкогольной продукции. (Немцов, 2007). В России потребление водки и высокоградусных алкогольных напитков остается приоритетным. По данным Национальной алкогольной ассоциации РФ, доля водки и ликероводочных изделий в общем объеме потребления (по данным на 2008 год), составляет 49,6%, пива - 35,9% , вина виноградного - 6,4%, коньяка - 2,8%, винных напитков - 3,0%, вин пло-

дых - 0,7% , вин шампанских и игристых - 1,7%. По сравнению с аналогичным периодом 2006 года объем потребления алкоголя населением увеличился на 4,8%, с 2005-м годом - на 5%.

Тот неоспоримый факт, что всем прочим – в том числе и крепким – спиртным напиткам россияне, в отличие от многих других народов, предпочитают именно неразбавленную сорокаградусную водку на основе хлебного спирта, объясняет и определяет то, что подавляющее большинство потребителей водки – мужчины, составляющие примерно четверть взрослого населения. Учитывая же то обстоятельство, что в старших возрастах количество потребляемого алкоголя резко падает, повышенный риск алкоголизации, в основном, концентрируется среди мужчин трудоспособных возрастов.

Крайне тревожной тенденцией является и неуклонное снижение возраста первого знакомства с алкоголем. Между тем, именно младшие возрастные группы, в сравнении с мужчинами и женщинами среднего возраста, отличаются самыми высокими показателями по потреблению спиртного за раз. (Pomerleau, McKee, Rose, Haerpf, Rotman, Tumanov, 2005.) В целом, за период с 1991 по 2000 год число впервые выявленных подростков, больных алкоголизмом, увеличилось почти в 1,5 раза - с 7,6 до 10,5 на 100 тыс. подростков. Число подростков, состоящих на диспансерном учете, увеличилось за это же время на 23,6%. (Демоскоп, 2003.) Увеличение доли подростков, вовлеченных в процессы алкоголизации, связывается, в частности, с резким ростом потребления пива. Пиво повсеместно рекламируется как слабоалкогольный продукт, и позиционируется как приемлемый напиток для молодежи, пригодный для употребления практически в любой ситуации. Оно доступно для продажи, и отвечает т.н. «моде». При этом пиво отнюдь не вытесняет другие алкогольные продукты, а скорее дополняет общий ряд, становясь устойчивым продуктом - лидером в группе молодежи. Сегодня доля пива в рейтинге общего потребления составляет 36%, и этот показатель стремится к росту. На этом фоне в последние годы стали различать т.н. пивной алкоголизм, зачастую оцениваемый специалистами как наиболее опасный вид алкогольной болезни, сопровождающийся быстрым проявлением нарушений интеллекта и психопатических расстройств личности, тяжело выраженными соматическими последствиями, ожирением, повышением риска заболеваемости раком молочной железы у женщин.

Следует отметить еще один новый паттерн, значительно прогрессирующий в последнее десятилетие - женский алкоголизм. Он протекает так же тяжело, как и у мужчин, но развивается намного быстрее, и сложнее поддается лечению. Женщины более склонны к употреблению алкоголя в одиночестве, дома, им не требуется компания или повод выпить, что в значительной степени обуславливает скорый прогресс алкогольной зависимости. Часто женщине удается на протяжении долгого времени скрывать от близких свое состояние, что затрудняет диагностику заболевания, стадии алкогольной болезни, и уменьшает шансы излечения. Статистика свидетельствует об увеличении числа женщин, больных алкоголизмом. Если в 1980-е годы на каждые 9 – 10 мужчин, больных алкоголизмом, приходилась одна женщина, страдающая этим недугом, то к 2000 году это соотношение составило уже 5:1. ( Демоскоп, 2003.)

На сегодняшний день в медицинской статистике фиксируется семь только чисто алкогольных причин смерти: алкоголизм хронический - тяжелое психическое заболевание, сопровождающееся токсическим поражением головного мозга и изменением в нем обменных процессов; острый алкогольный психоз; алкогольный цирроз печени; случайное отравление алкоголем; алкогольная

кардиомиопатия; дегенерация нервной системы, вызванная алкоголем; и хронический панкреатит алкогольной этиологии. Наибольший вклад в общее число умерших вносят три главные причины: цирроз печени; алкогольная кардиомиопатия, на долю которой приходится около 12% всех смертей от болезней системы кровообращения, как у мужчин, так и у женщин в возрасте до 60 лет; и, наконец, наиболее распространенная причина смерти – острое алкогольное отравление. В последнем случае, смерть наступает, например, когда здоровый взрослый мужчина среднего веса выпивает, без приема пищи, пол литра или более крепкого алкогольного напитка (содержащего 40% алкоголя) менее чем за час. Это является особо острой проблемой в сельских районах России, где смертность от алкогольного отравления составляет 128 случаев на 100 тысяч взрослого мужского населения. (Доклад Всемирного Банка, 2006).

Кроме того, известно, что алкоголь влияет на смертность от целого ряда хронических болезней, включая болезни сердца, сосудистые поражения головного мозга и т.д. (Андреев, Жданов, Школьников, 2007).

Потребление алкоголя повышает также и риск смерти от внешних причин. У людей, находящихся в состоянии алкогольного опьянения снижается уровень социальной ответственности. В состоянии алкогольного опьянения человек неадекватен, неспособен отвечать за свои поступки, часто подавлен, или наоборот агрессивен, у него притупляется чувство страха, появляется ощущение безнаказанности и он может угрожать как жизни других людей, так и своей собственной. Так, например, при управлении транспортным средством, опьянение, безусловно, создает повышенный риск для окружающих – достаточно лишь привести одну цифру: с 1993 по 2000 год, около 80 тыс. человек погибло на дорогах по вине пьяных водителей.

Алкоголизм тесно связан с преступностью – за период с 1993 по 2000 год, 160 тыс. человек было убито лицами, находящимися в состоянии опьянения. (Демьянова, 2005). По данным же на 2002 г., доля преступлений, совершенных мужчинами и женщинами в нетрезвом состоянии, составила 30% и 12% соответственно.

Связь уровня потребления алкоголя с убийствами просматривается и при анализе временных трендов. В 1984 году убийства составляли 7,7 % от общего числа смертей от внешних причин. В процессе антиалкогольной кампании снизилось и потребление алкоголя, и уровень убийств - их число на 100 тысяч населения сократилось с 1984-го по 1986-ой г. с 12,1 до 10,5. Антиалкогольная кампания существенно повлияла и на количество убитых в пьяном состоянии, сократив их число к 1986г. на 26,8 %. Это вряд ли удивительно, учитывая тот факт, что люди в состоянии алкогольного опьянения являются более легкой жертвой для преступников, зачастую неспособной к сопротивлению, а также к реальной оценке, как ситуации в целом, так и непосредственно угрозы для своей жизни.

По мере того, как антиалкогольная кампания «сходила на нет», количество убитых в состоянии алкогольного опьянения снова стало увеличиваться, так же, как и возобновился рост общего уровня тяжких преступлений против человека (Демоскоп, 2001). Примечательно, что в это же время (конец 1987г.), стала проявляться и тенденция к новому росту уровня потребления алкоголя. В период 1992- 1994 гг. было убито 127,4 тыс. человек, значительная часть приходится на алкогольные потери, так как около 60 % убитых и почти 80% убийц во время преступления бывают нетрезвыми. (Немцов, Школьников).

В целом, насильственная смертность в России резко возросла в 1990-е годы, и в настоящее время является одной из самых высоких в мире. Только в 1999 году насильственной смертью умерло почти 30 тысяч человек.

Учитывая же тот факт, что, как правило, жертвы убийств намного моложе умирающих от естественных причин, столь высокая смертность значительно увеличивает количество потерянных лет жизни. (Доклад Всемирного Банка, 2006).

Со злоупотреблением алкоголя связывают также и суицидальное поведение. Существуют несколько серьезных аргументов в защиту этой версии: во-первых, значительная доля алкоголиков и пьяниц заканчивает жизнь самоубийством; во-вторых, установлено, что для молодых мужчин - тяжелых пьяниц, риск самоубийства в 5 раз выше, а для алкоголиков - в 9 раз выше, чем для остального населения; в третьих, среди самоубийц алкоголиков и тяжелых пьяниц значительно больше, чем людей с другими диагнозами; и, наконец, в- четвертых, в крови большей части самоубийц обнаруживается алкоголь (Немцов, 2008).

Связь злоупотребления алкоголя и самоубийств очевидна и из ретроспективного анализа данных, характеризующих тенденции в изменении этих девиантных форм поведения. Было выявлено, в частности, что динамика самоубийств довольно точно соответствует динамике таких связанных с алкоголем явлений, как алкогольные психозы и смертельные алкогольные отравления. Это наблюдалось как во время антиалкогольной кампании, когда показатели снижались, так и после нее, когда показатели росли.

В 1984 году, накануне антиалкогольной кампании, на долю самоубийств приходилось 23,7% от общего числа смертей, вызванных внешними причинами, что составляло 37,9 случаев на 100 тысяч населения. После начала антиалкогольной кампании количество самоубийств резко снизилось – к 1986г. значение соответствующего показателя упало до 23,1 на 100 тысяч населения. После 1986-1987гг. начался медленный рост числа самоубийств с отставанием, правда, по отношению к росту потребления алкоголя. Однако, только за период с 1991-го по 1994-ый годы, самоубийства выросли на 58,9 %, что обеспечило для России второе место в Европе, по этому показателю, после Литвы (41,4 самоубийств на 100 тысяч населения). Характерно, что в этом же году, и уровень потребления алкоголя достиг своего максимума (14,6 литров на человека в год). (Немцов, 2008). Со второй половины кризисного десятилетия реформ, ситуация стала выправляться - началось снижение уровня самоубийств, которое продолжалось вплоть до дефолта 1998 года.

Таким образом, из представленного материала очевидно, что алкоголизация в России влияет на здоровье и сокращение ожидаемой продолжительности жизни населения настолько серьезно, что масштабы этого влияния могут привести к демографической катастрофе. Однако работ, направленных на изучение причин роста потребления алкоголя в современном российском обществе пока крайне недостаточно. А в тех немногочисленных попытках, которые все же предпринимаются, внимание исследователей скорее фокусируется на высоком уровне социально-культурной гомогенности поведенческих стратегий, объясняемой последствиями советской системы, стимулировавшей пассивность граждан в отношении собственного здоровья (Dmitrieva, 2005., Cockerham, Snead, DeWaal, 2002.) и/или недостаточной сознательностью самих индивидов, выбирающих деструктивные в отношении здоровья поведенческие практики. Между тем, оценивая значение алкоголя в формировании статуса здоровья российского населения, необходимо иметь в виду, что связанное с ним деструктивное поведение лишь отчасти является результатом свободно принимаемых людьми решений. Свобода выбора того или иного типа поведения, в значительной мере, ограничивается сложным комплексом экономических, социальных, психологических и

культурных факторов, характеризующих не только жизненную ситуацию конкретного человека, но и определяющих эту ситуацию общественных условий. Решающим же обстоятельством, формирующим меру подверженности индивида внешним воздействиям, так же, впрочем, как и его уязвимость к действию этих факторов, является то положение, которое человек занимает в социальной иерархии. Именно социально-экономический статус человека с неизбежностью воспроизводит условия и обстоятельства жизни, которые определяют рамки его свободы в выборе стилей жизни. Любые попытки оказать влияние непосредственно на тот или иной фактор риска для здоровья, включая и злоупотребление алкоголем, вне учета обстоятельств жизни человека, в которые этот фактор риска инкорпорирован, не способны привести к долговременным эффектам, поскольку эти ри-

ски с неизбежностью будут воспроизводиться прежней социально-экономической ситуацией.

Таким образом, изучение социально-экономических паттернов в распределении факторов риска для здоровья, в том числе и распространенности деструктивных поведенческих практик в разных социально-статусных группах населения, представляет собой важное направление дальнейших исследований причин злоупотребления алкоголем и его воздействия на здоровье нации. Такие исследования позволяют не только углубить знание механизмов формирования поведений риска, но и представляют научно обоснованную информацию, необходимую для выработки перспективных направлений политической деятельности государства по обеспечению условий, способствующих поддержанию ориентированных на здоровье типов поведения.

### Список литературы

1. Андреев Е. М., Жданов Д. А., Школьников В. Н. Смертность в России через 15 лет после распада СССР: факты и объяснения, SPERO № 6, Весна- Лето 2007. С. 115-142
2. Андриенко Ю., Немцов А.В., Какая алкогольная политика нужна России? Вопросы экономической политики. Консорциум экономических исследований и образования. 2005. <http://www.eerc.ru>
3. Демоскоп Weekly, электронная версия бюллетеня Население и общество, Специальный номер, Алкоголь и смертность: девяностые годы №19-20, 7-20 мая 2001
4. Демоскоп Weekly, электронная версия бюллетеня Население и общество, Специальный номер, Алкоголь и «внешние» причины смерти: самоубийства и убийства, №19-20, 7-20 мая 2001
5. Демоскоп Weekly, электронная версия бюллетеня Население и общество, Кошкина Е. А., Распространенность алкоголизма и наркомании среди населения России, № 117-118, 16-29 июня, 2003
6. Демьянова А. А. Факторы и типы потребления алкоголя и табака в России, Экономическая социология, электронный журнал, <http://www.ecsoc.msses.ru>, Том 6, № 1, Январь 2005
7. Доклад Всемирного Банка 2006. <http://www.worldbank.org>
8. Немцов А. В., Россия - северный тип потребления алкоголя, 19.10.2007, <http://www.km.ru>
9. Немцов А. В., Самоубийства и потребление алкоголя, 16.10.2008, Полит.Ру. Исследования, <http://www.Polit.ru/country>
10. Немцов А. В., Школьников В. М. Потери в связи с алкогольной смертностью в России в 1980-1990-х годах, <http://www.naa.snt.ru>.
11. Халтурина Д.А., Коротаев А.В., Демографический кризис в России. Причины и пути преодоления, <http://www.narcotiki.ru/research>
12. Abbott, P. 2002. Living Conditions, Lifestyles and Health in America, Belarus, Georgia, Kazakhstan, Kyrgyzstan, Moldova, Russia and Ukraine: Social Trends 1990-2002. Vienna Institute for Social Research
13. Chenet, L., McKee, M., Leon, D., Shkolnikov, V., Vassin, S. 1998. Alcohol and Cardiovascular Mortality in Moscow: New Evidence of a Causal Association // Journal of Epidemiology and Community Health. Vol. 52. № 12. Pp. 772-774.
14. Cockerham, W.C., Snead, M. DeWaal, D. 2002. Health lifestyles in Russia and the socialist heritage, Journal of Health and Social Behavior, 38, 131-48
15. Dmitrieva, E. 2005. The Russian health care experiment. Transition of the health care system and rethinking the sociology of medicine. In Cockerham, W.C. (eds) The Blackwell Companion to Medical Sociology. Oxford: Blackwell.
16. Leon, D., Chenet, L., Shkolnikov, V., Zakharov, S., Shapiro, J., Rakhmanova, G., Vassin, S., McKee, M. 1997. Huge Variation in Russian Mortality Rates 1984-94: Artifact, Alcohol, or What? // The Lancet. Vol. 350. Issue 9075. Pp. 383-388.
17. Mesle, F. 2002. Mortality in Eastern Europe and the Former Soviet Union: Long Term Trends and Recent Upturns. Paper presented at IUSSP/MPIDR Workshop, June 19-21, 2002.
18. Mesle, F., Vallin, J., Hertich, V., Andreev, E., Shkolnikov, V. 2003. Causes of Death in Russia: accessing the trends since the 1950. In Kotwoska, I. and Jozwiak, J. (eds) Population of Central and Eastern Europe: Challenges and Opportunities. Warsaw: Statistical Publishing Establishment
19. Pomerleau, J., McKee, M., Rose, R., Haerpfer, C.W., Rotman, D., Tumanov, S. 2005. Drinking in the commonwealth of independent states. Evidence from eight countries. Addiction, 100 (11). P-p. 1647-1668.
20. Shkolnikov, V., McKee, M., Leon, D. 2001. Changes in Life Expectancy in Russia in the Mid-1990s // The Lancet. Vol. 357. Issue 9260. Pp. 917-921.
21. Shkolnikov, V., Field, M., Andreev, E. 2001. Russia: socioeconomic dimensions of the gender gap in mortality. In Evans, T., Whitehead, M., Diderichsen, F. and Bhuiya, A. (eds) Challenging Inequalities in Health: from Ethics to Action. New-York: Oxford University Press
22. Walberg, P., McKee, M., Shkolnikov, V., Chenet, L., Leon, D. (1998). Economic Change, Crime, and Mortality Crisis in Russia: Regional Analysis // British Medical Journal. 1998. Vol. 317. № 7154. Pp. 312-318.