

Алкоголь и риск развития неинфекционных заболеваний: стратегии контроля в Российской Федерации

Масленникова Г. Я., Оганов Р. Г.

ФГБУ “Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины” Минздрава России. Москва, Россия

Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2013; 12 (4): 4-9

Поступила 08/07-2013

Принята к публикации 09/07-2013

Alcohol and the risk of non-communicable disease: control strategies in the Russian Federation

Maslennikova G. Ya., Oganov R. G.

State Research Centre for Preventive Medicine. Moscow, Russia

Cardiovascular Therapy and Prevention, 2013; 12 (4): 4-9

Введение

Глобальной проблемой здравоохранения всех стран с высокими и большинства стран со средними и низкими уровнями доходов являются неинфекционные заболевания (НИЗ), вклад которых в общую смертность (ОС) населения мира составляет 63% [1]. Более 50% всех смертей при НИЗ обусловлены болезнями системы кровообращения (БСК). По прогнозам экспертов, в мире бремя заболеваемости НИЗ в будущем будет расти, и удвоится к 2060г [2]. В ответ на такую эпидемию НИЗ Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) разработала два концептуальных и стратегических документа: “Всесторонний глобальный мониторинг, включающий индикаторы и набор произвольных всемирных (общих) задач по профилактике и контролю неинфекционных заболеваний” и “Глобальный план действий по профилактике и контролю неинфекционных заболеваний на период 2013–2020гг” [3, 4]. Согласно этим документам, для того, чтобы предотвратить и уменьшить бремя заболеваемости и смертности от НИЗ, среди глобальных целей для всех стран-членов ВОЗ были определены такие, как: “повысить приоритетность профилактики и борьбы с НИЗ в глобальной, региональной и национальной повестках дня”, “снизить влияние модифицируемых факторов риска (ФР) НИЗ”. Для уменьшения влияния модифицируемых ФР НИЗ, рекомендовано не менее чем на 10% снижение употребления

алкоголя в опасных для здоровья количествах [4]. В Государственной программе Российской Федерации (РФ) “Развитие здравоохранения на период до 2020г” среди целевых индикаторов, есть такие как: “снижение смертности от основных НИЗ, в первую очередь БСК, злокачественных новообразований (ЗН), и дорожно-транспортных происшествий”, а также “снижение потребления алкогольной продукции (в перерасчете на абсолютный алкоголь) до 10 л на душу населения в год” [5]. Причиной включения снижения потребления алкоголя в опасных для здоровья количествах в число приоритетных целевых индикаторов развития отечественного здравоохранения является многостороннее влияние такого потребления алкоголя на здоровье человека, которое вносит существенный вклад в социально-экономические потери общества.

Потребление алкоголя и риск негативных медицинских и социально-экономических последствий

Доказано, что потребление алкоголя в опасных для здоровья количествах является причиной >60 болезней и травм, приводящих к значимым потерям трудоспособности, преждевременной смерти, другим социально-экономическим негативным последствиям [6]. Среди таких болезней и состояний, связанных с потреблением алкоголя, наибольший вклад в потери трудоспособности и преждевре-

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author)

Тел.: +7 (495) 624 55 09

e-mail: gmaslennikova@gnicpm.ru

[Масленникова Г. Я.* – к.м.н., в.н.с. отдела профилактики коморбидных состояний, Оганов Р. Г. – д.м.н., профессор, академик РАМН, главный научный сотрудник, руководитель отдела].

менную смертность вносят болезни поджелудочной железы: острый и хронический панкреатит; печени: алкогольный гепатит и цирроз печени; желудочно-кишечного тракта: гастриты, рефлюксная болезнь, варикозное расширение вен пищевода; БСК: кардиомиопатии, гипертоническая болезнь, мозговой инсульт, ишемическая болезнь сердца; злокачественные новообразования печени, пищевода, гортани, поджелудочной железы, молочной железы; нарушения репродуктивной функции: сексуальные дисфункции, ранняя менопауза, нарушения развития плода и выкидыши; неврологические: алкогольный абстинентный синдром, судороги и психические расстройства: изменения настроения, депрессия и тревога. По данным ВОЗ из всех смертей в мире, связанных с потреблением алкоголя, 41,6% приходится на травмы и повреждения, 21,6% — злокачественные новообразования, 16,6% — цирроз печени, 14% — болезни сердечно-сосудистой системы (ССС) и диабет (СД), 6% — неврологические и психические расстройства, 0,1% — недоношенность и низкий вес ребенка при рождении [7]. Потребление алкоголя в опасных количествах является причиной семейных (конфликты, насилие, жестокое обращение с детьми), социальных (безработица) и правовых (насилие, убийства, дорожно-транспортные происшествия) проблем [8].

В РФ количество смертей, связанных с алкоголем, составляет от 10% до 14% всех смертей (20% у мужчин, 6% у женщин), и этот показатель самый высокий в мире [7]. Особенностью России является и то, что показатели смертности от причин, связанных с потреблением алкоголя, наибольшие в трудоспособном возрасте (20–60 лет), и их выраженные колебания наблюдаются в периоды политических и социально-экономических преобразований [9].

По данным ФГБУ ННЦ наркологии Минздрава России (доклад директора ФГБУ ННЦ наркологии, д. м.н., профессора Кошкиной Е. А., г. Светлогорск, 4 июля 2013г), число больных с патологией, обусловленной потреблением алкоголя, зарегистрированных в амбулаторных наркологических учреждениях в 2012г, составило 2515353 человек, что составляет 2% от всего населения в возрасте ≥ 14 лет, из них — 1992836 с алкогольной зависимостью, 435617 человек с диагнозом “Употребление алкоголя с вредными последствиями” и 86900 человек — с алкогольными психозами. При этом 90% всех больных с алкогольной зависимостью приходится на возраст 20–59 лет. По данным экспертов ВОЗ, в России соматическими заболеваниями, связанными с потреблением алкоголя, могут страдать 12736722 человек в возрасте 15–65 лет (10695906 мужчин и 2040816 женщин), при пересчете на 100 тыс. населения этого возраста, среди мужчин этот показатель равен 19,134, среди женщин — 3,111 [7].

Показатели соматической заболеваемости, связанной с потреблением алкоголя, в России среди мужчин и женщин выше, чем такие показатели в Германии (мужчины — 6,646, женщины — 1,817) и Франции (мужчины — 6,931, женщины — 1,839) в 2,8 и 1,7 раза, соответственно.

С потреблением алкоголя связано 15,5% всех потерь здоровых лет жизни населения России, что в 2–3 раза выше таких потерь в экономически развитых странах Европейского региона, Японии и США [10].

Допустимые и опасные дозы потребления алкоголя

Для оценки потребления количества алкоголя используют алкогольную единицу (АЕ), средняя величина которой составляет 10 г или 12,7 мл чистого спирта (этанола) [11]. В пересчете на алкогольные напитки разной крепости, 1 АЕ может быть представлена как 30 мл крепких ($\geq 40\%$ алкоголя) напитков: водка, виски, коньяк и др.; 100 мл вина (13% алкоголя) или 250 мл пива (5% алкоголя). Результаты анализа проспективных исследований, проведенных за рубежом и в России [12–18], показали, что относительный риск (ОР) ОС, БСК, ЗН, цирроза печени, хронического панкреатита, травм и несчастных случаев становится $>1,0$ при ежедневном потреблении алкоголя взрослыми мужчинами ≥ 2 АЕ и женщинами ≥ 1 АЕ по сравнению с теми, кто не употребляет алкоголь [11]. Авторы работы предложили разделить дозы ежедневного приема алкоголя на низкие (низкий риск), которые не приводят к риску смерти (величина ОР $<1,0$), средние (умеренный риск), при которых величина ОР смерти составляет 1,0–1,5, и большие (высокий риск), при которых величина ОР смерти $\geq 1,5$. При этом было рекомендовано считать, что низкие дозы ежедневного потребления алкоголя лежат у мужчин в пределах <2 АЕ, у женщин <1 АЕ, средние дозы ежедневного потребления алкоголя находятся в интервале 1–2 АЕ для женщин и 2–4 АЕ для мужчин, и такие дозы сопряжены с умеренным риском смерти, а большие дозы ежедневного потребления алкоголя (binge drinking) могут быть представлены как ≥ 2 АЕ для женщин и ≥ 4 АЕ для мужчин, и такие дозы сопряжены с высоким риском смерти. Риском для здоровья может быть и потребление алкоголя в больших количествах за один прием (occasion binge drinking): для женщин ≥ 3 АЕ, а для мужчин ≥ 5 АЕ с частотой 3–6 раз в год, даже когда средние суточные дозы не превышают допустимые количества [19]. Постоянное ежедневное или разовое употребление опасных для здоровья количеств алкоголя приводит к хронической или острой интоксикации, обусловленной токсическим воздействием алкоголя на структуру и функцию центральной нервной системы (ЦНС). Такое состояние человека как клинический синдром представлено в МКБ-10, класса V психиче-

Таблица 1

Потребление алкоголя на душу населения в год в разных странах Европы, США, Канаде и Австралии (возраст ≥ 15 лет). WHO. Global Status Report on Alcohol and Health. 2011

Страна	Учетное потребление	Неучтенное потребление	Общее потребление
Ирландия	13,39	1,00	14,41
Франция	13,30	0,36	13,66
Австрия	12,60	0,64	13,24
Португалия	12,45	2,10	14,55
Германия	11,81	1,00	12,81
Англия	11,67	1,70	13,37
Дания	11,37	2,00	13,37
Россия	11,03	4,73	15,76
Швейцария	10,56	0,50	11,06
Испания	10,22	1,40	11,62
Австралия	9,89	0,13	10,02
Бельгия	9,77	1,00	10,77
Финляндия	9,72	2,80	12,52
Нидерланды	9,55	0,50	10,05
Греция	8,95	1,80	10,75
США	8,44	1,00	9,44
Италия	8,33	2,35	10,68
Канада	7,77	2,00	9,77
Швеция	6,70	3,60	10,30

ских расстройств и расстройств поведения, подкласса F10 психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением алкоголя [20].

Особенности потребления алкоголя в РФ

Согласно последним данным “Глобальный доклад ВОЗ о положении в области алкоголя и здоровья”, общее потребление алкоголя в год на душу населения в возрасте ≥ 15 лет в России составляет 15,7 л чистого этанола (11 л учетного алкоголя и 4,7 л неучтенного), и это самый высокий показатель среди экономически развитых стран Европы, США, Канады и Австралии (таблица 1) [6]. Однако если сравнивать показатели по потреблению учетного алкоголя (литров в год на душу населения ≥ 15 лет), то в Ирландии этот показатель выше, чем в России – 13,4. По уровню неучтенного алкоголя – 4,7 л в год на душу населения ≥ 15 лет Россия лидирует среди перечисленных ранее стран. Из всех представленных стран, среди алкогольных напитков, употребляемых в год на душу населения ≥ 15 лет, больше всех употребляют: крепкие напитки в России (7 л), вино во Франции (8 л) и пиво в Ирландии (7 л) (таблица 2). В России 63% населения предпочитают крепкие напитки, 33% – пиво и 1% – вино, во Франции 62% населения предпочитают вино, 20% – крепкие напитки и 17% – пиво, в Ирландии 53% предпочитают пиво, 20% – крепкие напитки и 27% – вино [21]. По данным интернет-опроса (исследование компании SOCIS “Изучение потенциальных потребителей SELINCRO (NALMEFENE) в 2012г, в котором приняли участие

5 тыс. человек в возрасте 25–65 лет, 60% мужчин, проживающих в Москве, Санкт-Петербурге, Ростове-на-Дону, Волгограде, Краснодаре, Тольятти, Самаре, Екатеринбурге, Новосибирске, 32,9% населения этой возрастной группы употребляют ≥ 6 АЕ во время одного мероприятия (события) ежемесячно и чаще, 10,3% населения не могут остановиться (прекратить) пить алкоголь после того, как начали, и столько же человек нуждаются в алкоголе утром (после мероприятия) [24]. По данным этого же опроса, во время одного события 38,7% участников опроса употребляют ≥ 5 АЕ, 48,3% 1–4 АЕ, 13% – не употребляют алкоголь.

Стратегии профилактики и снижения опасного потребления алкоголя

Стратегии профилактики и снижения опасного потребления алкоголя должны быть направлены на развитие и совершенствование законодательной и нормативно-правовой, информационно-просветительской баз, лечебно-реабилитационных мероприятий. Уже известно, что только просвещение населения малоэффективно, нужны многосторонние законодательные, нормативно-правовые акты и механизмы их исполнения, ранние диагностические и эффективные лечебно-реабилитационные вмешательства.

Основные мероприятия в сфере законодательства и нормативно-правового регулирования должны включать:

- запрет продажи алкогольных напитков несовершеннолетним (лицам < 21 года);

Таблица 2

Потребление пива, вина и крепких алкогольных напитков на душу населения в год в разных странах Европы, США, Канаде и Австралии (возраст ≥ 15 лет). WHO. Global Status Report on Alcohol and Health. 2011

Страна	Пиво	Вино	Крепкие спиртные напитки	Другое
Россия	3,65	0,10	6,88	0,34
Португалия	3,75	6,65	1,27	0,51
Ирландия	7,04	2,75	2,51	1,09
Франция	2,31	8,14	2,62	0,17
Англия	4,93	3,53	2,41	0,67
Дания	5,06	4,43	1,78	0,00
Нидерланды	4,72	3,26	1,56	0,00
Австрия	6,70	4,10	1,60	0,40
Германия	6,22	3,15	2,30	0,00
Финляндия	4,59	2,24	2,82	0,31
Испания	4,52	3,59	1,31	0,61
Швейцария	3,10	5,10	1,80	0,10
Бельгия	5,49	3,55	0,62	0,03
Греция	2,20	4,51	2,38	0,13
Италия	1,73	6,38	0,42	0,00
Швеция	2,60	2,90	1,10	0,00
Австралия	4,56	3,12	1,16	1,02
Канада	4,10	1,50	2,10	0,00
США	4,47	1,36	2,65	0,00

- эффективную ценовую и налоговую политику;
- ограничение времени и мест продажи;
- регулирование объема и маркировки (предупредительные надписи, графическое изображение) упаковки (тары);
- соблюдения правил безопасности вождения, включающие запрет вождения в нетрезвом виде;
- осуществление контроля за производством и распространением контрабандной и контрафактной алкогольной продукции;
- продвижение социальной рекламы в средствах массовой информации (СМИ), основным содержанием которой может быть информирование населения о пагубном влиянии алкоголя на здоровье и мерах профилактики.

В настоящее время обсуждается целесообразность внесения предупредительных надписей при маркировке тары алкогольной продукции, например:

- содержание АЕ, например: 0,5 л водки (40% спирта) – 16 АЕ (160 г спирта), 0,75 л вина (13% спирта) – 8 АЕ (77 г спирта), 0,5 л пива (5% спирта) – 2 АЕ, при этом указывать, что допустимыми суточными дозами алкоголя для взрослых здоровых людей являются <2 АЕ для мужчин и <1 АЕ для женщин;
- запрет потребления алкоголя лицами, не достигшими 18 лет;
- запрет потребления алкоголя беременными и планирующими беременность;

- запрет потребления алкоголя непосредственно до и во время вождения транспортного средства;
- запрет потребления алкоголя во время исполнения профессиональных обязанностей;
- запрет потребления алкоголя во время занятий спортом, культурных и массовых, в т. ч. спортивных мероприятий.

Осуществлять контроль за потреблением алкоголя и информировать население о пагубном влиянии его на здоровье должны заниматься, в первую очередь специалисты учреждений здравоохранения (первичной медико-санитарной, специализированной, профильной, и реабилитационной помощи), образования и производства. Ранняя диагностика опасного для здоровья потребления алкоголя, соответствующие беседы и мотивации по снижению потребления алкоголя должны проводиться во всех учреждениях здравоохранения. В учреждениях оказания первичной медико-санитарной и специализированной помощи особое внимание должно уделяться больным с соматической патологией и употребляющим алкоголь в опасных для здоровья количествах. Рекомендации по снижению потребления алкоголя (количеств, кратности) должны быть необходимой частью лечения больных с соматической патологией. Для такого участия врачей первичной медико-санитарной помощи необходимо совершенствование их знаний на до- и последипломном уровнях, и включение в соответствующие образовательные программы методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации больных с алкогольной зависимостью. Просвещение таких

больных и обучение их методам самоконтроля будут способствовать снижению потребления алкоголя. Было показано, что после проведения соответствующих бесед врачами, количество приемов алкоголя в течение недели у пациентов, обратившихся за помощью, снизилось с 13% до 34%, и такая ситуация сохранялась в течение 24 мес. [22]. Назначение лицам с алкогольной зависимостью препарата Селинкро (налмефена) — нового модулятора опиатной системы (антагониста опиатных рецепторов и частичного агониста каппа (κ) рецепторов), приводит к снижению, как общего потребления алкоголя, так и числа дней опасного потребления алкоголя и улучшению функции печени [23]. Большую роль в просвещении населения может иметь информирование населения в СМИ о пагубном влиянии алкоголя на здоровье и мерах профилактики, а именно: постоянная социальная реклама, показанная в прайм-тайме для целевых групп населения (женщин, молодежи, работающего населения).

Больным с только алкогольной зависимостью или в сочетании с другими заболеваниями необходимы длительная, эффективная, специализированная помощь и социальная реабилитация. Постоянный мониторинг потребления алкоголя такими больными в специализированных медицинских учреждениях и своевременное лечение сопутствующей патологии позволят снизить обусловленную алкоголем смертность.

В связи с тем, что потребление алкоголя в опасных для здоровья количествах наиболее распространено в трудоспособном возрасте, особую роль играет ответственность работодателей в профилактике и снижении опасного потребления алкоголя среди работающего населения. Для этого работодатели могут (должны):

- создавать условия и проводить мониторинг количественной и качественной характеристик потребляемого алкоголя работающим населением: опросы при приеме на работу, плановые медицинские осмотры, диспансеризация;
- издавать административные и нормативно-правовые акты (предписания) о недопустимости осуществления производственных обязанностей в нетрезвом виде, использовать эффективные (материальные и административные) санкции за их неисполнение;
- издавать административные и нормативно-правовые акты (предписания) о недопустимости продажи и распития алкогольных напитков на рабочих местах, территории производственных учреждений и в непосредственной (прилегающих территориях) близости (шаговая доступность), осуществлять сотрудничество с местными органами законодательной, исполнительной власти;

- издавать административные и нормативно-правовые акты (предписания, указы) на поощрение работающих, ведущих здоровый образ жизни и имеющих минимальные пропуски на работе в связи с заболеваниями и состояниями, обусловленными потреблением алкоголя;
- проводить мероприятия по просвещению работающего населения о влиянии потребления алкоголя на здоровье, рисках развития заболеваний и преждевременной смерти, правовых и социально-экономических последствиях (лекции специалистов, ученых, медицинских работников) через местные СМИ, брошюры, видеоролики;
- организовывать производственные, массовые, безалкогольные, развлекательные мероприятия и отдых в санаториях, производственных местах досуга и отдыха;
- выделять адекватное количество финансовых ресурсов на осуществление мероприятий по профилактике и снижению употребления алкоголя среди работающих.

Выделение адекватных финансовых ресурсов для осуществления мероприятий по профилактике и снижению употребления алкоголя среди работающих помогут:

- повысить трудоспособность и творческий потенциал;
- совершенствовать производство;
- продлить здоровые годы жизни работающих;
- сохранить и увеличить численность трудоспособного населения;
- увеличить внутренний валовой продукт и, тем самым, будет способствовать увеличению благосостояния всего населения.

Заключение

Количество потребления алкоголя на душу взрослого населения в год в России самое высокое по сравнению с экономически развитыми странами Европы, США, Австралии, Канады. Среди алкогольных напитков, 63% населения страны предпочитает крепкие напитки. Примерно 40% населения трудоспособного возраста, 25–65 лет, потребляют алкоголь в опасных для здоровья количествах. Одной из приоритетных задач Государственной программы РФ “Развитие здравоохранения на период до 2020г” является “обеспечение приоритета профилактики в сфере охраны здоровья и развития первичной медико-санитарной помощи; повышение эффективности оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в т. ч. скорой специализированной, медицинской помощи...” [5]. В осуществлении такой приоритетной задачи может способствовать постановле-

ние Правительства РФ (№ 1237 (Д) от 31 декабря 2010г), в котором утверждаются “Правила предоставления субсидий из федерального бюджета бюджетам субъектов РФ на софинансирование расходных обязательств субъектов РФ, связанных с реализацией мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у населения РФ, включая сокращение потребления

алкоголя и табака”. Систематический обзор исследований, посвященных оценке влияния здорового образа жизни на ОС и смертность от коронарной болезни сердца (КБС) показал, что снижение ежедневного потребления алкоголя женщинами до 2 АЕ, а мужчинами до 3 АЕ, может привести к снижению ОС в популяции на 15%, а смертность больных КБС на 20% [24].

Литература

1. WHO. Cause-specific mortality: regional estimates for 2008. http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates_regional/en/indexs.htm.
2. Hughes BB, Kuhn R, Peterson CM, et al. Projections of global health outcomes from 2005 to 2060 using the International Futures integrated forecasting model. Bull World Health Organ 2011; 89: 478-86. Doi:10.2471/BLT.10.083766.
3. Draft comprehensive global monitoring framework and targets for the prevention and control of noncommunicable diseases (provisional agenda item 13.1, 15th March, 2013. A66/8. WHO, Geneva).
4. Draft action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020 (provisional agenda item 13.2, 6th May, 2013, A66/9. WHO, Geneva).
5. State Programme of The Russian Federation “Public Health Development up to 2020”. Russian (Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения до 2020»).
6. WHO. Global Status Report on Alcohol and Health. 2011.
7. Global status report: alcohol policy. World Health Organization (2004a). Department of Mental Health and Substance Abuse. Geneva, Switzerland.
8. Anderson P, Baumberg B. Institute of Alcohol Studies, UK (June 2006) Alcohol in Europe. A public health perspective. A report for the European Commission. ISBN: 92-79-02241-5. © European Communities, 2006. Printed by the services of the European Commission (OIL), Luxembourg.
9. Oganov RG, Maslennikova GYA, Shalnova SA, Deev AD. The significance of cardiovascular and other non-communicable diseases for public health of Russia. Disease prevention and health promotion 2002; 2:3-7. Russian (Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я., Шальнова С.А., Деев А.Д. Значение сердечно-сосудистых и других неинфекционных заболеваний для здоровья населения России. Профилактика заболеваний и укрепление здоровья 2002; 2:3-7).
10. Global Programme on Evidence for Health Policy; WHO, World Health Report, 2002.
11. Oganov RG, Maslennikova GYA, Lepekhin VA. Alcohol unit and consumption doses: medical and socioeconomic aspects. Profilac Medicine 2010; 5: 17-22. Russian (Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я., Лепехин В.А. Алкогольная единица и дозы потребления алкоголя: медицинские и социально-экономические аспекты. Профилактическая медицина 2010; 5: 17-22).
12. Holfman CD, English DR, Milne E, Winter MG. Dialogues in Cardiovascular Medicine: modified from reference Meta-analysis of alcohol and all cause mortality: a validation of NHMRC recommendations. Med J 1996; 164:141-5.
13. Boffetta P, Garfinkel L. Alcohol drinking and prospective mortality among men enrolled in the American Cancer Society Study. J Am Epidemiol 1990; 1(5): 342-8.
14. Corrao G, Rubbiati L, Bagnardi V, et al. Alcohol and coronary heart disease: a meta-analysis. Addiction 2000; 95(10): 1505-23.
15. Corrao G, Bagnardi V, Zambon A, Vecchia CL. A meta-analysis of alcohol consumption and risk of 15 diseases. Prevent Med 2004; 38 (5): 613-9.
16. Konstantinov VV, Shalnova SA, Kireev SV, et al. Mortality relative risk in women depending on smoking, alcohol consumption and education status. Cardiovascular Therapy and Prevention 2007; 6(3): 100-5. Russian (Константинов В.В., Шальнова С.А., Киреев С.В. и др. Относительный риск смертности среди женского населения в связи со статусом курения, употребления алкоголя и уровня образования. Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2007; 6(3): 100-5).
17. Korte JE, Brennan P, Henley SJ, Boffetta P. Dose-specific meta-analysis and sensitivity analysis of the relation between alcohol consumption and lung cancer risk. Am J Epidemiol 2002; 155: 6: 496-506.
18. Donaldson IM. Bon sante: is wine good for your health? Int Med J 2004; 34: 221-3.
19. Tenth Special Report to the U.S. Congress on Alcohol and Health. Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) 2000; 240.
20. International Classification of the Disease. ICD-10. V.1 (part 1). World Health Organization. Geneva 1992; 698.
21. World Health Organization (2005). Resolution WHA58.26. Public-health problems caused by harmful use of alcohol. In: Fifty-eighth World Health Assembly, Geneva, 25 May 2005. Geneva. Switzerland.
22. Whitlock EP, Polen MR, Green CA, et al. Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: A summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. Annals of Internal Medicine 2004; 140(7):557-68.
23. Karl Mann, Anna Bladstr m, Lars Torup, Antoni Gual, Wim van den Brink. Extending the Treatment Options in Alcohol Dependence: A Randomized Controlled Study of As-Needed Nalmefene. J Biological Psychiatry 2013; 73(8): 706–713.
24. Iestra JA, Kromhout D, van der Schouw YT, et al. Effect Size Estimates of Lifestyle and Dietary Changes on All-Cause Mortality in Coronary Artery Disease Patients: A Systematic Review. Circulation 2005; 112: 924-34.