

**А. М. Вієвський**

# Алкоголь

**АЛКОГОЛЬ** (від араб. al-kuhl – дрібний порошок) – алкоголі – інакше спирти – клас органічних сполук аліфатичного ряду, що містять гідроксильну групу (ОН). Широко використовуються як сировина у промисловому синтезі, як розчинники (напр., етиловий, метиловий, бутиловий спирти) тощо. У побуті – етиловий (винний) спирт – летка прозора рідина, що має своєрідний пекучий смак. Легко розчиняється у воді в різних пропорціях і в органіч. розчинниках. Має дезінфікуючі властивості. Етил. спирт створюється при ферментації декстрози та ін. цукрів унаслідок анаеробного метаболізму. За своєю хім. структурою й особливостями метаболізму належить до непротеїнових харч. речовин, а за своїми фармаколог. властивостями (напр., здатність пригнічувати центр. нервову систему) близький до барбітуратів та наркотиків типу етил. спирту. Фармакологічно є суттєва різниця у дії малих і великих доз А. на діяльність мозку та судин. апарату. При спалюванні 1 г А. виділяється 7,1 калорій. Калорійність А. вища, ніж калорійність вуглеводів та білків. Хоча спирт. виробництво належить до харчової промисловості, більшість учених не вважає А. справжнім харч. продуктом, оскільки організм не утилізує енергет. потенціал спирту. Навпаки, при обміні А. втрачаються життєво необхідні речовини. В організмі людини присутні малі кількості свого, т. зв. ендогенного, А. (рівень у крові від 0,1 до 20 мг/100г), але якого-небудь фармакологічного впливу вони не справляють. Екзогенний А. всмоктується в ротовій порожнині, стравоході, шлунку і тонкій кишці, але тільки в останній швидкість резорбції (всмоктування) є значною. Найшвидше відбувається резорбція розчиненого спирту; вино і пиво всмоктуються повільніше. У нормі з організму людини серед. ваги А. зникає зі швидк. 7 г/год., здебільшого за рахунок окислення. Порівняно невелика частина А. (бл. 10 %) виділяється через нирки і легені у незмінному вигляді, ще менше – з потом. А. є складовою частиною різноманіт. алкогол. напоїв (А. н.). Натурал. способами отримання А. н. є ферментації виноград. (вино) та яблуч. (сидр) соків, солоду (пиво). «Чистий» А. високої концентрації (горілка, віскі тощо) виготовляють зі злаків (ячмінь, пшениця, рис тощо) і овочів (картопля, цукр. буряк тощо). Використовують також методи хім. синтезу А. Виготовляють А. н. як пром. способом, так і в домаш. умовах, кустарно (напр., самогон), що зазвичай містять значну кількість домішок (сивушні масла, ін. спирти тощо). Пром. виробництво А. н. регулюється низкою вимог до якості, складу та кількості речовин, що

містяться в А. н. Кустарне виробництво А. н. у багатьох країнах повністю (зокрема й Україні) або майже повністю нелегальне. А. н. діляться на слабоалкогольні і міцні. Різні сорти горілки мають міцність (тобто концентрацію А.) у середньому 30–50 % (30–50°), вина – 10–20 %, звичайні сорти пива – 3–5 %, коньяк – 50 % і вище, лікери – 40–50 %, ром – до 70 %. Країнами з найбільшим пром. виробництвом А. н. у світі є США, Велика Британія, Франція, Німеччина, Канада та ін. Виділяють країни з традиційним домінуванням вин серед усіх спожитих А. н. (т. зв. країни вина: Італія, Франція, Грузія, Іспанія), домінуванням пива (т. зв. країни пива: Німеччина, Австрія), але цей поділ від 60–70-х рр. 20 ст. поступово нівелюється. Рівні спожитого А. (вимірюється у літрах «чистого» А. на душу насел. за рік) відмінні у різних країнах залежно як від традицій (напр., нижчий у країнах з домінуванням мусульман. релігії), так і політики країн (напр., деякі скандинавські з розвинутими системами підтриманих державою протиалкогол. профілакт. дій). Можна виділити країни з дуже високим рівнем вживання А. на душу насел. (напр., Росія – 18–20 л) та країни з низьким рівнем (напр., Норвегія – 4,5–5,0 л на душу насел.). Оціночна кількість для України у 2000 становила 10–10,6 л А. на душу насел., рівень, аналогічний такому в Угорщині, Словаччині та ін. У всіх країнах світу понад 95 % спожитого А. припадає на людей актив. віку.

А. н. відомі людині з давніх-давен і традиційно належать до дорогих виробів і товарів (існують поняття «дорогі вина, коньяки», «ексклюзивні А. н.» тощо). Виноробство сприймається звичайно не тільки як ремесло, а й як мистецтво. Вочевидь, це пов'язано з різноманітними проявами впливу А. на людину: «розганяє нудьгу», «підносить настрій», «надає бадьорості й сміливості» тощо. Такий вплив на людину забезпечив А. легальне і важл. місце серед засобів «побутової психофармакології». Однак вивчення станів алкогол. сп'яніння примусило вже в серед. 20 ст. остаточно відмовитися від уявлення про цілковиту нешкідливість уживання А. Розрізняють просте, ускладнене і патологічне алкогол. сп'яніння (офіц. термін – «алкогольна інтоксикація», спричинена вживанням А.) В Україні цей діагноз, згідно з чинним законодавством, може встановити тільки лікар-нарколог на підставі низки клінічних ознак (зміни міміки, поведінки, мови, координації рухів та ін.). Лабораторне дослідж. наявності підвищених концентрацій етил. спирту в біосередовищах людини (кров, сеча, повітря видиху, слина тощо) має лише допоміжне значення, оскільки зв'язок між кількістю етил. спирту в біосередовищах і рівнем сп'яніння досить умовний. Вміст етил. спирту в крові як ознака можливої алкогол. інтоксикації має вирішальне значення здебільшого для судово-мед. практики.

Споживання А. н. може призвести до виникнення соматичних (фіз.), психол. та соц. проблем. Стани алкогол. сп'яніння безпосередньо пов'язані з більшістю травм (виробничих, транспортних, побутових) та низкою гострих мед. ускладнень (напр., гострий панкреатит, смерть від отруєнь). Збільшення споживання А. н. безпосередньо корелює зі збільшенням кількості таких захворювань, як рак ротової порожнини і гортані, стравоходу,

шлунка, печінки, прямої кишки і молоч. залози, гіпертонія, інсульти, цирози печінки, виразки шлунка та ін. Одним із найнебезпечніших наслідків вживання А. н. є можливість формування аддикції та ін. алкогол. розладів (див. *Наркологічні розлади*). Про людей, які мають аддикцію до А. н., кажуть, що вони вже не вживають А. н., а «зловживають» ними. Понад 80 % усієї кількості споживаних А. н. у різних країнах звичайно припадає на споживачів А., а не «зловживачів». Саме тому 80–90 % «нетверезого» травматизму стосується осіб не з нарколог. розладами, а людей формально здорових. Серед соц. наслідків споживання А. – невдачі на роботі, нещасні випадки, ускладнення родин. життя тощо.

У 80–90-х рр. 20 ст. зусиллями ВООЗ і низки науковців сформовано поняття «безпечні межі вживання алкоголю» та «стандартна доза алкоголю». Стандартна доза алкоголю – 1 U (англ. unit – одиниця, іноді one drink – одна випивка) – дорівнює 8 г або 10 мл чистого А. Відповідно вираховано кількість стандарт. доз у різних напоях (напр., 1 пляшка звичай. пива – 2,0 U, міцного пива – 3,0 U, 1 пляшка А. н. 40 % – 20,0 U тощо). Рекомендовані межі безпеч. вживання А. встановлено у вигляді таких правил: для чоловіків не більше 20 U на тиждень і не більше 14 U на тиждень для жінок; не більше 4 U А. за один день для чоловіків та 3 U для жінок; не вживати А. н. принаймні 3 дні на тиждень; ніколи не перевищувати межі у 5 U за будь-якої нагоди вживання А. н. Установлено, що дотримання безпеч. меж вживання А. н. дає можливість уникнути будь-яких ризиків для здоров'я, пов'язаних із вживанням А. У регуляції вживання А. є 2 осн. підходи: повна особиста тверезість і рац. ставлення до А. («кероване вживання»). На рівні держ. політики практично не існує країн, які не вдаються до регуляції споживання А. Особиста тверезість – досить розповсюджена позиція в різних країнах світу. Для її обстоювання та популяризації створ. низку міжнар. і нац. громад. організацій (напр., ІОГТ – Інтернац. організація гуманізму і тверезості, що налічує декілька мільйонів членів з понад 50 країн). В Україні працюють як філія ІОГТ, так і ін. організації тверезості. Рац. ставлення до А. і регуляція його вживання (у напрямку обмеження і поступового зменшення) є осн. позицією ВООЗ, Міжнар. організації праці і базовою при формуванні нової укр. держ. політики щодо А.

Алкогольна політика (політика щодо А.) – це діяльність органів держ. і місц. влади, управління, спрямована на контроль та регуляцію виробництва, розповсюдження А., профілактику чи зменшення негатив. наслідків його вживання. Історія людства знає немало прикладів, коли робилися спроби вирішувати алкогол. проблеми в суспільствах простим способом – повною забороною А. (т. зв. «сухий закон»), що неодноразово практикувалося у 20 ст. (Рос. імперія в 1915, США – від 1919 до 1933). Близькою до них була й відома кампанія в СРСР 1985: «сухий закон» введено не було, але ідеологія кампанії мала на увазі цю мету. Базовим для таких політ. дій є постулат, що А. – це щось чужорідне в житті суспільства. Але історія людства, поведінка людей у різних культурах і в різні часи засвідчують протилежне. Розуміння цього лягло в основу сучас. підходів до формування

алкогол. політики. ВООЗ стала ініціатором затвердження у 1992 на Всеєвроп. конф. (50 країн) у Парижі Європ. плану дій щодо А. До нього приєдналася й Україна. Мета прийнятої заг.-європ. концепції і Плану дій сформульована як намагання поступово зменшувати кількість спожитого А. всім насел. країн. Таке перенесення акцентів із практики неадекватних заборон до адекват. обмежень, регуляції і профілакт. навчання всього насел. дало змогу деяким країнам Європи суттєво зменшити рівень споживання А. на душу насел. (Франція, Швеція, Італія, Португалія, Фінляндія та ін.). Осн. принципи сучас. повноцінної держ. алкогол. політики такі: використання екон. важелів для контролю і поступового обмеження виробництва А. як стратегії профілактики (акцизи, регуляція цін, податки та ін.); обмеження доступу до А. з метою профілактики наслідків його вживання (віковий ценз, ліміти часу продажу А., обмеження вибору місць продажу тощо); обмеження вживання А. у громад. місцях, в особл. умовах (заборона керування транспортом у нетверезому стані тощо); створення повноцінної системи алкогол. профілактики, яка б складалася з профілакт. інформування (цільові інформ. кампанії, профілакт. інтервенції) і профілакт. навчання (цільові семінари, тренінги тощо); обмеження реклами й забезпечення адекват. інформування щодо реал. якостей і особливостей А., заборона реклами, спрямованої на дітей, заборона залучення алкогол. виробників до підтримки спорт. та ін. масових заходів; забезпечення права громадян на проживання (за їхнім бажанням) у вільному від впливу А. середовищі; формування адекват. алкогол. політики на місц. рівні (за місцем проживання, на підприємствах тощо); створення комплексних лікув.-реабілітац. програм, що мають біопсихосоц. орієнтацію, для людей, залежних від А. Покращення алкогол. ситуації в деяких європ. країнах у 90-х рр. 20 ст. відбулося, зокрема, на тлі відмови держави від алкогол. монополії (напр., у Швеції); при введенні алкогол. монополії держави остання бере на себе функції виробництва і продажу А. н. Це ініціювало низку дослідж. стосовно ролі монополії в алкогол. політиці. Україна в 1999 почала розробляти Держ. концепцію політики щодо А. та наркотиків, що формується згідно з узятими на себе міжнар. зобов'язаннями та враховуючи світ. досвід.

## **Рекомендована література**

1. Сегал Б. М. Алкоголізм. Москва, 1967;
2. Европейский план действий против алкоголя / Пер. с англ. Копенгаген, 1992;
3. Хизер Н. Алкогольные проблемы: терапевтические подходы / Пер. с англ. Копенгаген, 1998;
4. Алкогольная политика и общественное благо / Пер. с англ. Копенгаген, 1998;
5. Алкоголь і наркотики в Україні: 2000 рік. К., 2000.

### **Бібліографічний опис:**

Алкоголь / А. М. Вієвський // Енциклопедія Сучасної України [Електронний ресурс] / Редкол.: І. М. Дзюба, А. І. Жуковський, М. Г. Железняк [та ін.] ; НАН України, НТШ. – К. : Інститут енциклопедичних досліджень НАН України, 2001. – Режим доступу:

<https://esu.com.ua/article-43812>

2001-2024 © Ця енциклопедична стаття захищена авторським правом згідно з чинним законодавством України ([докладніше](#)).