



ГЛАВА 17

ВНЕШНИЕ ПРИЧИНЫ СМЕРТНОСТИ КАК КРИТЕРИЙ ПСИХОЛОГИИ, ЖИЗНИ ОБЩЕСТВА И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Н. А. Беляков, Н. Б. Халезова, А. А. Книжникова

Анализ причин смертности населения Российской Федерации

В предыдущих главах были рассмотрены многочисленные показатели, которые потенциально способны дать представление о состоянии здоровья (нездоровья) нации за прошедший год и на ближайшую перспективу. Отмечены общие закономерности влияния многочисленных факторов внешней среды, экономики регионов, территориальных особенностей и др. В итоге выяснилось, что наиболее устойчивым является коэффициент смертности, а не показатель ожидаемой продолжительности жизни на перспективу, хотя тот и другой используются авторами параллельно. Попытка сравнить уровень экономического развития и ожидаемую продолжительность жизни только в регионах России не увенчалась успехом.

Коэффициент смертности показывает количество умерших за год на 1000 человек в стране. Коэффициент рождаемости показывает количество родив-

шихся за год на 1000 человек в стране. Разность между ними показывает естественный прирост или убыль населения [16]. Стандартизованный коэффициент смертности (СКС) — линейная функция возрастных коэффициентов смертности, с ее помощью осуществляется расчет влияния смертности отдельных возрастов, причин смерти, смертности регионов или групп населения. В практических исследованиях и в профессиональных публикациях ориентация на СКС облегчает работу, а также позволяет проводить исторические сопоставления по странам, где была налажена регистрация населения и смертности.

Необходимо отметить, что смертность населения во многих странах регистрировалась перед захоронением и получением соответствующего разрешения от церкви, что позволяло оценивать последствия эпидемий и войн за длительный период [3]. Зная смертность за какой-то период, например пандемии коронавирусной инфекции, можно рассчитать избыточную смертность, обусловленную этим событием.

Таким образом, на здоровье нации можно посмотреть со стороны оценки количества смертей, соотнесенных со стандартизованной численностью на определенное число жителей, и провести необходимый анализ по возрастному, половому, причинному, экономическому и политическому факторам [16]. В XIX и XX веках Россия имела высокие показатели смертности. Необходимо выделить наиболее важные причины смерти в послевоенный период по настоящее время.

В 1992 г. смертность населения превысила рождаемость, началась естественная убыль населения. Это один из главных отрицательных демографических результатов «перестройки» и реформ. Коэффициент смертности в стране увеличился с середины 1960-х гг., но до середины 1970-х его величина не превышала 10. Для сравнения: в 2006 г. в США умерли около 8 человек из тыс. жителей, в Китае — около 7, в западноевропейских странах — в среднем примерно 9.

2020 и 2021 гг. приходятся на период пандемии, и, вероятно, повышение смертности связано с фактором вируса и осложнений коронавирусной инфекции. Исходя из базисного коэффициента смертности за предыдущие четыре года (12,53) и за два года пандемии (15,65) определяется коэффициент избыточной смерти ($12,53 - 15,65 = 3,12$), который составляет 3,12, т.е. прирост на 16,2% от числа всех смертей за каждый год.

Как следует из общей картины, за указанный период кардинальных изменений не произошло, за исключением снижения болезней системы кровообращения, однако эти изменения выявляются по отдельным критериям (рис. 17.1). К 2020 г. количество смертей от внешних причин снизилось вдвое — с 14,3 до 6,5%.

Эти две даты взяты не случайно, так как они отражают конец разрухи 1990-х гг. и двадцатилетнее восстановление, в котором были задействованы активные медико-биологические, организационные, политические и финансовые механизмы. Сюда вошли показатели по сердечно-сосудистой системе, некоторым инфекционным заболеваниям с увеличением смертности от коронавируса и внешние причины смерти (табл. 17.1).

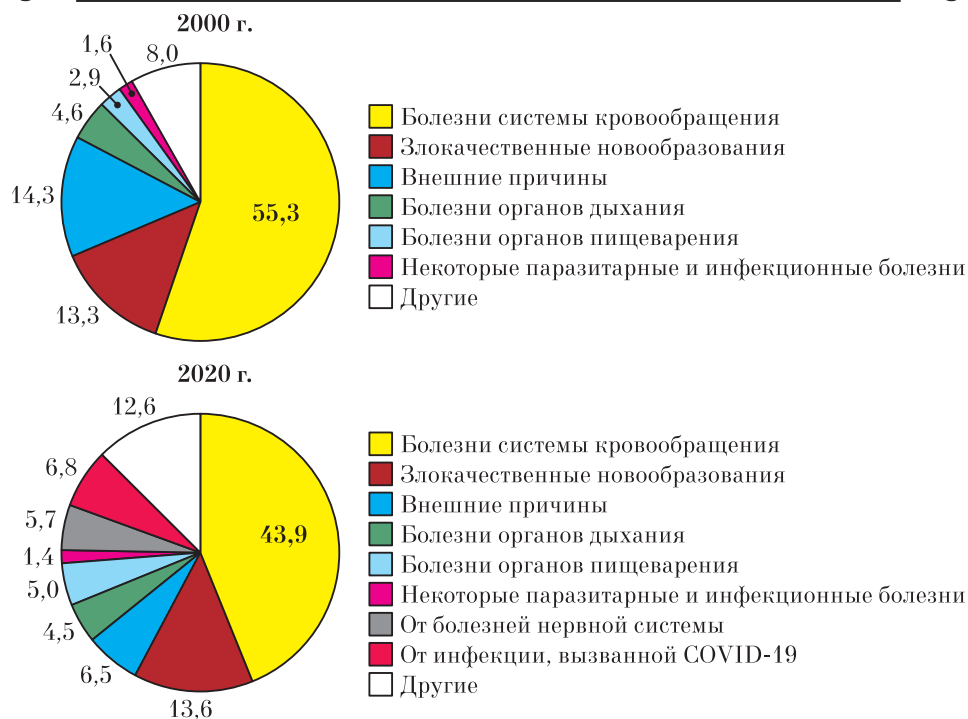


Рис. 17.1. Причины смерти граждан России в 2000 и 2020 гг.

Таблица 17.1

Количество умерших в 2000 и 2021 гг. россиян по основным причинам смерти (тыс. человек)

Причина смерти	2000 г.	2021 г.
Умершие от всех причин, в том числе	2225,3	2441,6
От болезней системы кровообращения, из них:	1231,4	934,0
от ишемической болезни сердца	578,3	507,8
от цереброваскулярных болезней	463,6	278,2
От злокачественных новообразований	295,3	279,0
От болезней органов дыхания	102,1	114,7
От болезней нервной системы	2,3	123,2
От болезней органов пищеварения	64,7	108,7
От некоторых инфекционных и паразитарных болезней	36,2	27,8
От внешних причин смерти, из них:	318,7	139,1
от всех видов транспортных происшествий	39,6	16,4
от самоубийств	56,9	15,6
от убийств	41,1	5,8
От инфекции, вызванной COVID-19	0	465,5

В настоящей главе рассматриваются внешние причины смерти у мужчин. Несмотря на некоторые успехи, уровень смертности вследствие этих причин достаточно высок — за анализируемое двадцатилетие от некоторых внешних воздействий умерло население целого города РФ.

К внешним причинам относятся: убийства, самоубийства, несчастные случаи (транспортные и производственные происшествия, утопления, пожары, падения с высоты, поражения электрическим током, случайное механическое удушье и др.), случайные отравления (в том числе случайные отравления алкоголем), неуточненные насильственные причины и некоторые другие [17].

В табл. 17.2 приведены показатели смертности от внешних причин (на 100 тыс. человек) для России. Пик коэффициента смертности от внешних причин приходится на 1990-е гг., когда показатель увеличился со 198 в 1990 г. до 368 в 2004 г. Далее лишь в 2006 г. началось снижение показателя, который к периоду пандемии уменьшился до 138 ед. С психологической точки зрения этот период можно рассматривать как время массовых психологических потрясений в результате социальных и экономических неурядиц.

Рассмотрим первоначально строку смертности от внешних причин: 2000 г. — 318,7 смертей на 100 тыс., в 2021 г. — 139,1, то есть на 180 меньше. Сопоставим величины с общим числом смертей соответственно по годам (см. табл. 17.1) — 2225 и 2441, из которых нужно убрать потери за счет COVID-19, получается, что расчет по 2021 г. должен ориентироваться на разницу $2441 - 465 = 1976$ человек, умерших от внешних причин. Стране удалось понизить этот показатель практически на $\frac{1}{3}$ за двадцать лет. То, что относится к COVID-19, может трактоваться как непредвиденные события в популяции — их именуют «черными лебедями» [18].

«Черные лебеди» не одиноки в вариантах прихода осложняющих факторов. До настоящего времени психические расстройства и их последствия вызывают тревогу в обществе. В статистическом сборнике «Здравоохранение в России» (Росстат) приводятся сведения о том, что к 2021 году в России около 5,6 млн россиян страдали психическими расстройствами [15].

Согласно официальной статистике, самые распространенные диагнозы — психозы, они выявлены у 674 тыс. россиян. Следом идут психические расстройства, связанные с умственной отсталостью: 459 тыс. человек. Третий самый частый диагноз — шизофрения: 431 тыс. человек. Еще одно распространенное нарушение — психические расстройства непсихотического характера. Эти расстройства официально диагностированы у 292 тыс. россиян. В данной группе отмечается наибольший процент девиантного поведения [37]. К психическим нарушениям также необходимо отнести употребление алкоголя и наркотиков, которые провоцируют девиантное поведение и весь перечень внешних причин смертности в России [32].

Употребление алкоголя в народном хозяйстве наносит существенный ущерб, который не компенсируется доходами от продажи алкоголя при комплексной оценке. В качестве примера можно привести данные по Республике Бурятия,

Таблица 17.2

Коэффициент смертности от внешних причин смерти в России на 100 тыс. человек

Год	2	3	4	5	6	7	8	9	ПНН*
1990	134,0	3,2	7,8	5,0	29,2	19,0	26,4	14,3	11,2
1991	142,2	3,6	9,3	4,9	30,7	19,7	26,5	15,2	...
1992	173,0	4,6	9,0	5,6	30,2	27,1	31,0	22,8	...
1993	227,9	5,8	10,9	6,6	30,8	42,4	38,1	30,6	...
1994	250,7	6,3	12,3	6,7	28,6	50,1	42,1	32,6	...
1995	236,8	5,9	14,0	6,2	26,2	41,0	41,4	30,7	34,0
1996	209,2	6,1	11,0	5,2	22,9	35,4	39,4	26,6	...
1997	187,7	5,2	9,9	4,8	21,5	30,4	37,6	23,9	...
1998	187,5	5,2	11,2	4,4	23,0	29,8	35,4	23,0	...
1999	206,1	6,8	11,7	6,7	26,2	32,8	39,3	26,2	...
2000	219	7,3	11,0	8,9	27,2	40,6	39,1	28,2	28,7
2001	228,8	8,0	12,2	9,9	28,1	42,3	39,5	29,6	29,5
2002	235,3	8,7	11,7	10,2	29,0	44,3	38,4	30,7	30,8
2003	233,6	9,0	11,0	9,8	30,3	45,6	36,1	29,1	31,3
2004	227,2	8,3	10,3	9,5	29,1	44,6	34,3	27,3	32,4
2005	220,7	8,4	10,0	9,0	28,0	44,0	32,2	24,8	33,5
2006	198,5	8,0	8,6	8,0	26,8	38,8	30,1	20,2	30,0
2007	182,5	7,1	9,0	7,7	27,5	30,8	29,1	17,9	29,6

Окончание таблицы 17.2

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2008	172,2	7,0	7,7	7,9	25,0	29,2	27,1	16,7	28,9
2009	158,3	6,6	6,9	7,2	21,2	26,4	26,5	15,1	27,2
2010	151,8	6,3	8,4	6,8	20,0	24,2	23,4	13,3	27,8
2011	139,4	5,5	6,0	6,3	20,7	20,6	21,8	11,7	27,8
2012	135,3	5,1	5,7	6,1	21,1	19,8	20,8	10,8	27,7
2013	129,2	4,4	5,2	6,2	20,3	19,0	20,1	10,1	27,3
2014	129,9	4,4	5,1	6,1	20,0	19,5	18,5	9,0	29,7
2015	121,3	3,8	4,3	5,9	17,0	18,0	17,4	8,2	29,9
2016	114,2	3,2	4,4	5,8	14,7	16,4	15,8	7,2	29,5
2017	104,0	2,7	3,5	5,2	13,7	15,0	13,8	6,2	28,8
2018	98,5	2,6	3,3	5,2	13,0	13,6	12,4	5,4	29,1
2019	93,8	2,2	2,8	5,2	12,1	12,7	11,7	5,0	29,1
2020	95,3	2,2	3,1	5,6	11,6	13,5	11,3	4,7	30,9
2021	95,3	2,4	3,1	5,6	11,3	...	10,7	4,0	31,3
2022	99,5	2,0	2,4	5,1	10,6	...	9,2	3,7	30,4

* ПНН — повреждения с неопределенными намерениями.

которые отражают общий тренд по РФ. Ежегодный экономический ущерб от ассоциированных с алкоголем причин смерти в среднем за период 1993–2017 гг. составил 165 млн руб. При этом в период депрессии (1993–1996 гг.) в среднем экономический ущерб составлял 756,5 млн руб., что в 44,32 раза выше, чем в период 1998–2017 гг. (17,1 млн руб.).

Удельный вес смертности от алкоголь-ассоциированных причин составил $3,52 \pm 0,05\%$ общей смертности населения. При этом данный показатель существенно выше среди лиц трудоспособного возраста ($6,98 \pm 0,11\%$) в анализируемой когорте [6].

На рис. 17.2 и 17.3 сравниваются показатели смертности от внешних причин в ряде стран. В России эти показатели намного выше, однако они снижались в период борьбы с алкоголем периода правления М. С. Горбачева несмотря на то, что количество отравлений от употребления суррогатов возрастало [23]. В настоящее время показатели практически сблизилась в РФ и США.

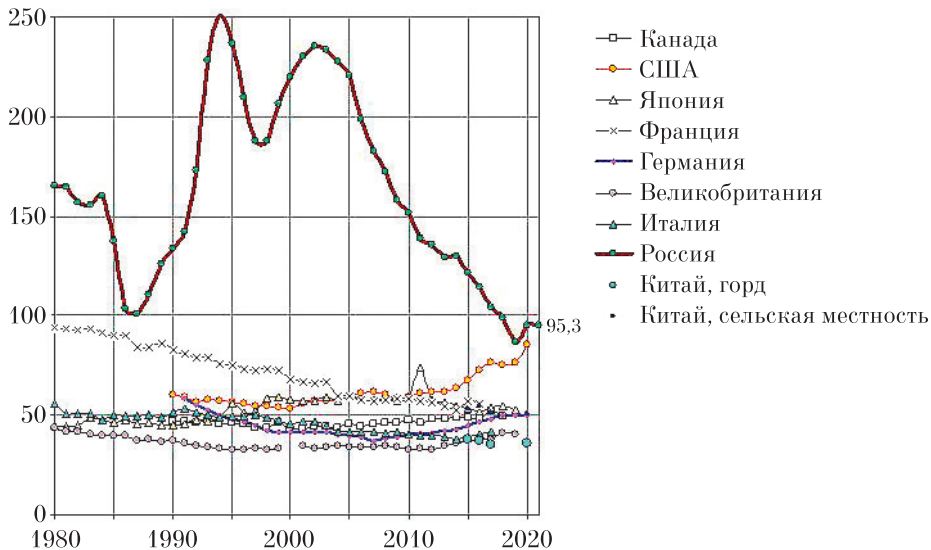


Рис. 17.2. Смертность от внешних причин в России, Китае и странах «семерки» на 100 тыс. человек

В истории России 1990-е гг. по ряду показателей близки к масштабу гражданской войны. Смертность в России от убийств в 1990-х и в 2000-х была огромной. Так, в 1994 г. смертность от убийств в России составляла 32,6 на 100 тыс. населения, в США — 9,3, в Великобритании — 1, Японии — 0,6, во Франции — 1, в Германии — 1,2, Италии — 1,6, Канаде — 1,8. С 2003 г. смертность от убийств в России начала уменьшаться, с 2018 г. показатель в России меньше показателя в США.

В то же время следует учесть, что имеются статистические проблемы отнесения смертей к убийству. По данным исследования ВОЗ, за период с 2011 по 2014 г. патологоанатомы и судмедэксперты выдали в России 137,4 тыс. свидетельств о смерти с кодом R99, который означает, что известно лишь то, что человек умер. Из них

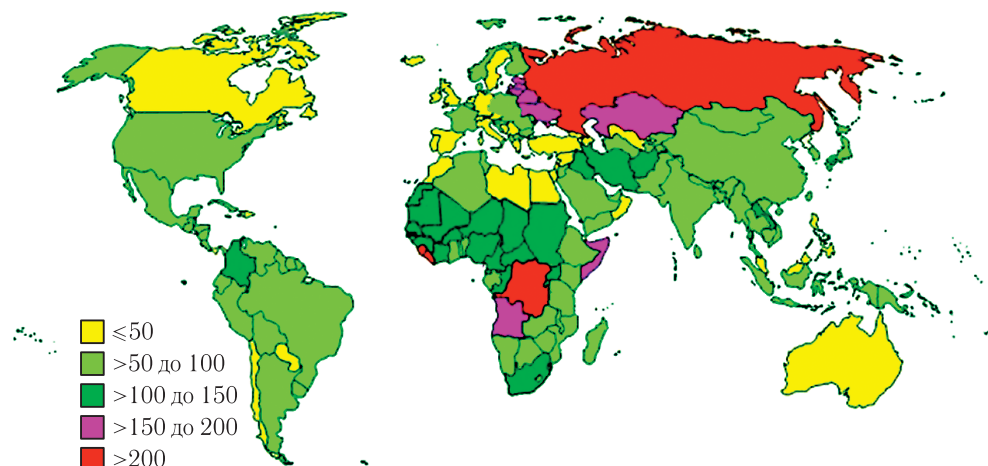


Рис. 17.3. Уровень смертности от внешних причин в странах мира в 2002 г.
(на 100 тыс. человек)

Таблица 17.3

Показатели смертности от внешних причин в странах мира в 2002 г.
(на 100 тыс. человек; в скобках данные Росстата для РФ)

Причины смерти	РФ	Сьерра-Леоне	Бурунди	Либерия	Демократическая Республика Конго
Все внешние причины	244,5 (235,3)	215,2	213,2	210,2	205,5
<i>Непреднамеренные повреждения</i>	158,8	147,7	63,7	111,1	93,4
Транспортные происшествия	30,9 (29,0)	64,3	27,2	48,1	37,1
Отравления	46,5	11,3	5,0	7,7	11,3
Падения	11,1	5,6	2,4	4,3	3,0
Пожары	9,4	11,6	5,8	10,6	7,1
Утопления	12,5	15,1	10,3	11,9	14,1
Другие непреднамеренные	48,4	39,9	12,9	28,5	20,6
<i>Преднамеренные повреждения</i>	85,8	67,5	149,5	99,2	112,1
Самоубийства	41,0 (38,4)	10,1	6,9	6,7	4,8
Убийства	32,9 (30,7)	50,3	18	31,8	21,3
Военные конфликты	11,9	7,1	124,6	59,6	86,0

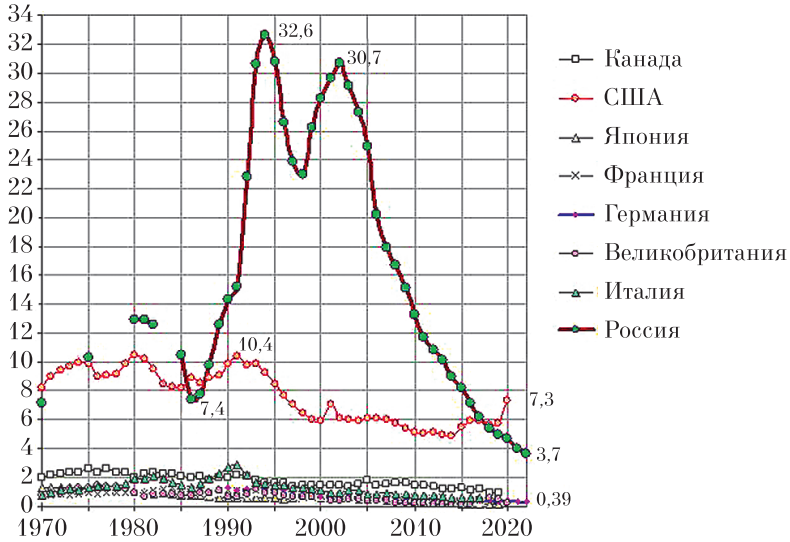


Рис. 17.4. Смертность от убийств в России и странах «семерки» (на 100 тыс. человек)

точная дата смерти была неизвестна в 10,3 тыс. случаев, в том числе в 2,9 тыс. случаев не удалось установить и личность умершего, а в 2,2 тыс. эксперты не дали даже приблизительную оценку возраста. В отличие от официальных данных экспертные оценки определяют долю насильственных смертей среди неопознанных трупов в пределах 30%. В абсолютных показателях это 22,5–23,0 тыс. потерпевших от убийств, которые остались за рамками регистрации их в уголовной статистике,

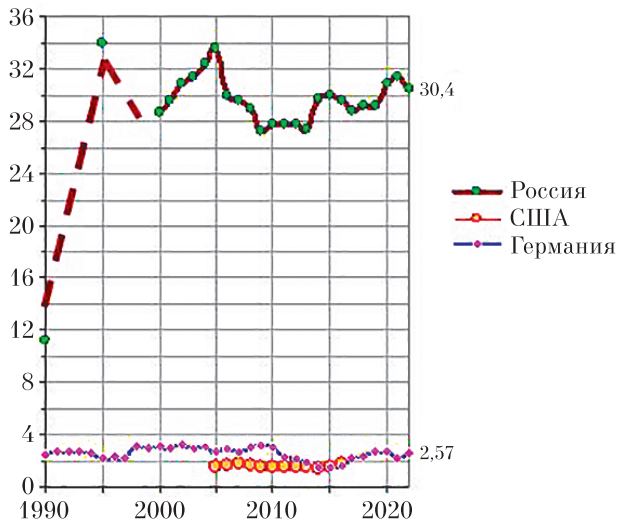


Рис. 17.5. Смертность от повреждений с неопределенными намерениями (на 100 тыс. человек)¹

¹ <https://refru.ru/n/n140.jpg>.

для уровня в 70–75 тыс. неопознанных трупов и 6,3–12,6 тыс. для уровня данного показателя периода 2015–2017 гг. [28].

Значительная часть убийств может быть скрыта в разделе статистики «Смертность от повреждений с неопределенными намерениями». Так, например, в 1995 г. погибло от «неопределенных намерений» более 50 тыс. россиян, а в результате убийств — 45 тыс.

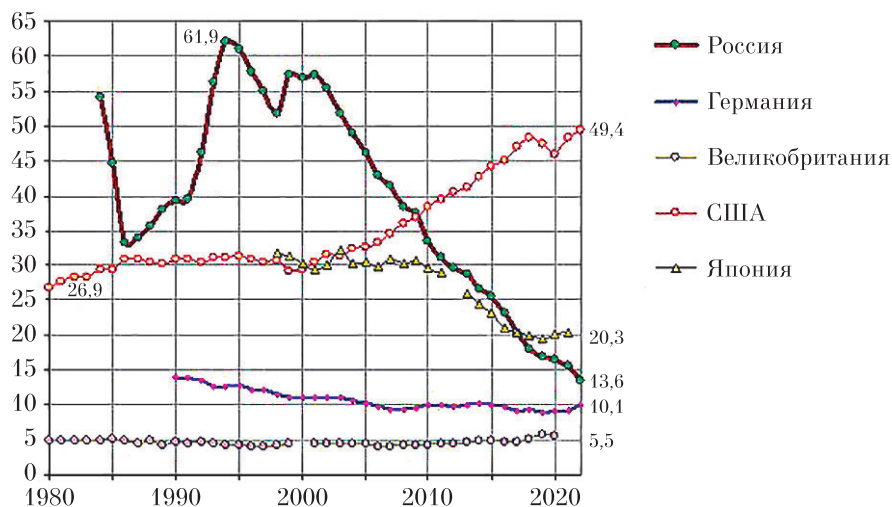
Следует сделать еще одну ремарку о неоднородности смертности по регионам. Принятый в официальной статистике расчет обобщенных региональных показателей смертности не дает реального представления об уровне смертности коренных малочисленных народов севера и ее основных причинах. Смертность в группе малых народов севера значительно превосходит аналогичные показатели пришлого населения по всем классам болезней. Максимальный вклад в уровень смертности малых народов севера вносит высокий уровень алкоголизации — неумеренного, вызывающего зависимость употребления алкоголя, который становится причиной смертности как в результате его прямого токсического воздействия, так и опосредовано, являясь причиной убийств, самоубийств и несчастных случаев [33].

Были приведены результаты корреляционного анализа связи показателя суицидов (в России и на региональном уровне) с рядом социально-экономических и демографических факторов. На основании полученных результатов сделан вывод о достаточно тесной связи динамики показателя самоубийств с социальными изменениями в России.

Условно выделены три типа регионов, в которых уровень суицидов зависит от культурно-этнической характеристики региона, степени его индустриализации, развитости сельского производства. Отмечено, что уровень самоубийств зависит в определенной степени от интенсивности ряда социально-экономических процессов, приводящих к дезадаптации целые категории населения. Оценивая показатели суицидов в России в период 1992–2010 гг., следует признать, что страна находилась в состоянии чрезвычайной ситуации. По классификации ВОЗ, уровень самоубийств выше 20 на 100 тыс. населения отражает кризис общества, а в России в этот период среднее значение показателя составило 34,8 (а в четырех федеральных округах из семи уровень суицидов составлял от 42 до 62). При этом произошел значимый сдвиг в сторону увеличения доли самоубийств у молодежи в диапазоне 15–34 года.

В 1994 г., по официальным данным Росстата, в России совершено 61,9 тыс., а в 1995 г. — 61 тыс. самоубийств. Это максимальные значения для современной России (рис. 17.6). Фактически их было больше по причинам, указанным выше [28].

Здесь необходимо сделать замечание: в России велика смертность от повреждений с «неопределенными намерениями», она значительно больше смертности от убийств и самоубийств вместе взятых. А за «неопределенными намерениями» может скрываться и убийство, и самоубийство. Следует учитывать, что данные World Bank по смертности от самоубийств в России отличаются от официальных данных Росстата в большую сторону.

Рис. 17.6. Количество самоубийств (тыс.)¹

Пик самоубийств, как и других внешних причин, пришелся на период 1990-х гг. Этому имеется вполне внятное обоснования психиатров и психологов. Проанализированы причины самоубийства как криминологического явления. Констатировано, что оно является статистически устойчивым, его распространенность коррелирует с культурно-историческими, этническими, социально-экономическими и другими аспектами. Доказано, что общими причинами самоубийства можно признать:

- 1) социальные — имущественное неравенство людей, противоречия по национальному, классовому, кастовому, профессиональному и многим другим признакам;
- 2) медико-биологические;
- 3) экономические;
- 4) политически обусловленные и др. [34].

В 1990-е гг. фигурировали различные причины или их сочетание на фоне социальных и личностных потрясений. По мере стабилизации обстановки в стране число самоубийств постепенно сокращалось, стало ниже показателей в США и Японии и приблизилось к уровню в Германии и Британии.

Тем не менее за 1992–2020 гг. общее количество самоубийств (по официальным данным) в России составило около 1,2 млн. Это больше количества жителей в каждом из таких крупных регионов страны, как Липецкая, Рязанская, Смоленская, Орловская области и др., или в балтийских и балканских странах.

По данным ВОЗ, среди эффективных мер профилактики самоубийств — проведение ситуационных исследований, повышение охвата нуждающихся, в том числе среди молодежи, психотерапевтическими и психиатрическими услугами, организация телемедицинских и онлайн-консультаций, своевременное выявление

¹ <https://refru.ru/n/n125.jpg>.

депрессий (скрининг в рамках первичной медицинской помощи, онлайн-опросники), работа по ответственному освещению самоубийств в СМИ, помощь в сложных жизненных ситуациях, психотерапевтическое сопровождение совершивших попытку самоубийства и сокращение доступа к средствам самоубийства, таким как огнестрельное оружие, химикаты, лекарственные препараты, а также антиалкогольные меры [17].

Дорожно-транспортный травматизм и смертность

В Докладе ВОЗ 2018 г. о состоянии безопасности дорожного движения в мире подчеркивается, что, несмотря на рост общего числа случаев смерти от дорожно-транспортных происшествий, смертность от них в последние годы стабилизировалась. В ряде стран коэффициенты смертности от ДТП снизились [40, 42].



Рис. 17.7. Сравнение трех стран по количеству погибших от транспортных происшествий

Это позволяет предполагать, что меры, предпринимаемые в странах со средним и высоким уровнем дохода, вполне могут быть эффективными. Полученные в 2018 г. оценки смертности от ДТП показывают, что достичь одной из целей устойчивого развития — снизить вдвое число смертей от ДТП к 2020 году — в обозначенные сроки не удалось, однако это не повод для бездействия. Цель Десятилетия действий по резолюции ООН в рамках обеспечения безопасности дорожного движения состояла в том, чтобы за этот период стабилизировать, а затем снизить смертность от дорожно-транспортных происшествий (до 0,9 млн человек в год). Чтобы направить страны по пути принятия конкретных мер на национальном уровне, для достижения этой цели, был разработан Глобальный план действий. Он представляет собой практический инструмент, призванный помочь правительствам и другим заинтересованным сторонам разработать национальные, региональные и локальные про-

¹ <https://refru.ru/n/n130.jpg>.

граммы действий. Кроме того, он обеспечивает структурные рамки для координации деятельности на региональном и глобальном уровнях.

В течение многих лет Россия отличалась от западных стран меньшим числом автомобильного транспорта, низким качеством автомобильных дорог, недостаточным техническим уровнем автомобилей, что поддерживало высокую смертность на дорогах страны. В 1990-е гг. автомобильный парк пополнился импортными автомобилями с системами защиты пассажиров и в силу депрессии промышленности уменьшились грузовые перевозки. В итоге число смертей на дорогах заметно снизилось. Развитие транспортной активности в начале 2000-х гг. привело к росту смертности на дорогах, что явно обозначено на графике (рис. 17.8). Это обстоятельство определило комплексные программы уменьшения транспортного травматизма на дорогах России.

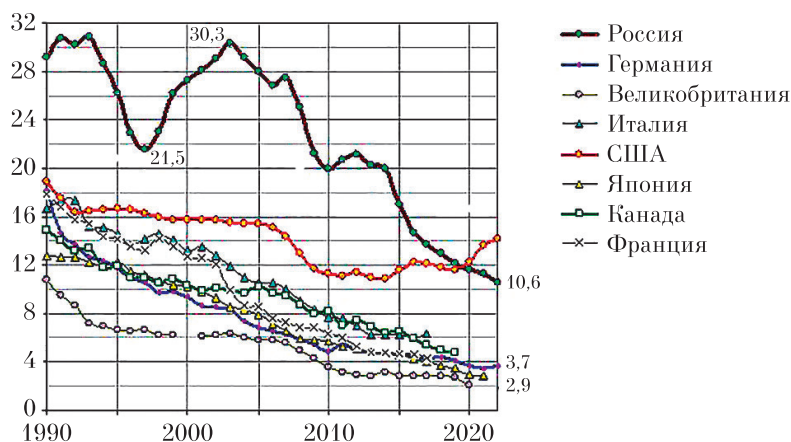


Рис. 17.8. Коэффициент смертности от всех видов транспортных несчастных случаев (на 100 тыс. населения)¹

Как следует из классификации субъективных и объективных причин транспортных происшествий (рис. 17.9), каждая из причин в определенных условиях может быть доминирующей в конкретный или сезон. Количество дорожно-транспортных происшествий по итогам 2023 года выросло на 4,5% по сравнению с 2022 г., как следует из данных, размещенных на статистическом портале Госавтоинспекции². Всего произошло 132,4 тыс. ДТП, в которых погибло 14,5 тыс. человек (+2,3%), ранено 166,5 тыс. (+4,3%). До 2023 г. аварийность сокращалась. Среди основных причин роста ГИБДД называла перенаправление грузопотоков с запада на восток и рост популярности автотуризма, к чему не была готова дорожная инфраструктура. В августе вице-премьер дал ряд поручений (в том числе МВД, Минтрансу, региональным властям) разрабатывать мероприятия по дальнейшему снижению роста количества ДТП³.

¹ <https://refru.ru/n/n131.jpg>.

² stat.gibdd.ru.

³ <https://www.kommersant.ru/doc/6525188>.

Наибольших успехов удалось добиться там, где наиболее широко применяется системный подход к безопасности дорожного движения, который ставит людей и безопасность в центр систем мобильности. В Европейском регионе ВОЗ, где сосредоточено наибольшее количество стран с политикой и законодательством, соответствующими этому подходу, наблюдалось наибольшее снижение смертности (на 36%), а также показатели стран с высоким и средним уровнем доходов были на 30% ниже, чем других странах, с тем же уровнем развития [9].



Рис. 17.9. Классификация причин транспортных происшествий [5, 36]

Одним из главных направлений в соответствии с Концепцией демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года, утвержденной Указом Президента Российской Федерации от 9 октября 2007 г. № 1351, является снижение смертности населения, прежде всего высокой смертности мужчин в трудоспособном возрасте от внешних причин, в том числе в результате дорожно-транспортных происшествий. Предусматривается сокращение уровня смертности и травматизма в результате дорожно-транспортных происшествий за счет повышения качества дорожной инфраструктуры, дисцип-

лины на дорогах, организации дорожного движения, а также за счет повышения оперативности и качества оказания медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях на всех ее этапах и др. Эффективными подходами профилактики смертности в ДТП являются: ограничение скоростного режима и автоматизированный контроль скорости, борьба с вождением в состоянии алкогольного опьянения, в том числе алкозамки, использование шлемов мотоциклистами, ремней безопасности и детских автокресел, повышение безопасности дорожно-транспортной инфраструктуры (круговые повороты, защита пешеходных переходов в опасных зонах «лежачими полицейскими»), установление современных требований безопасности к автомобилям, производимым и ввозимым в страну, обеспечение оказания своевременной и высококачественной экстренной помощи пострадавшим в ДТП [17].

Реализация этой и других программ привели к качественному улучшению и расширению дорог, контролю за соблюдением скоростного режима, создание опорных травматологических пунктов и стационаров, медицинскому усилению и др. В итоге смертность снизилась с 31 до 11 на 100 тыс. населения, что соответствовало показателям США (с большим автомобильным парком) и было все же больше европейских стран, Канады и Японии в 1,5–2 раза.

Резервы противодействия включают борьбу с употреблением алкоголя за рулем, совершенствование регулирования потоков, контроль соответствия автотранспорта правилам технической защиты пассажиров и пешеходов, усиление служб МЧС, введение санитарной авиации в отдаленных районах и др. Глобальный план Десятилетия действий по обеспечению безопасности дорожного движения на 2021–2030 гг. преследует цель снизить смертность и травматизм в результате ДТП на 50% к 2030 году. «В глобальном плане подчеркивается, что переход к дорогам и дорожным сетям, ориентированным на безопасность человека, позволит сохранить жизнь людей, — звучит в заявлении доктора Ханса Клюге, главы Европейского бюро Всемирной организации здравоохранения. — Необходимо в первую очередь учитывать интересы тех, кто наиболее уязвим для травм: детей и подростков, женщин, людей с ограниченными возможностями, пожилых людей, велосипедистов и пользователей общественного транспорта» [11].

Алкоголь и алкоголизм как причина смертности

Эта проблема является одной из наиболее обсуждаемых и нерешаемых в России, где алкоголь являлся постоянным спутником различных радостных и траурных мероприятий, событий, происшествий и др. Алкоголь подогревал толпы для бунтов и неповиновения, являлся причиной разорения хозяйств и развала семейств [8]. Алкоголь погубил целые народности, у которых генетически была низкая резистентность к этанолу. Исторически неоднократно предпринимались попытки ограничить употребление алкоголя или ввести сухой закон, но в России все они не преуспели. В отличие от нашей страны государственные программы в скандинавских странах позволили уменьшить потребление алкоголя

и снизить смертность от алкоголизма, а также связанных с ним нервно-психических заболеваний [7].

Объем употребления алкоголя на душу населения в нашей стране составляет более 15 л/год, что превышает критический порог в 8 л/год. Каждый же литр сверх этой нормы уносит дополнительно 65 тыс. жизней. Человечество научилось готовить вино, всевозможные настои из трав, способные за несколько минут снять накопленную за день усталость и поднять настроение. Но алкоголь, становясь постоянным спутником человеческой жизни, самым негативным образом отражается на всех ее сферах — биологической, семейной, нравственной, духовной и др.

Водка как напиток стала известна в России с XVI в., при Иване Грозном была введена государственная монополия на ее производство и продажу. Производить спиртное разрешалось только дворянству и духовенству, продавать — только в «царевых кабаках», а «кабацкие» деньги шли в государственную казну. В последующем государство и духовенство предпринимали различные меры ограничению пьянства, но побороть этот «народный недуг» не могли. Одной из причин этого явления является необоримая привлекательность психотропного действия алкоголя, ощутимого сразу после его употребления, в отличие от медленно нарастающих и потому малозаметных стойких отрицательных последствий систематического потребления спиртного.

В конце XIX — начале XX вв. развернулось широкое движение за трезвость на общественном уровне, что привело к появлению обществ трезвости с десятками тыс. участников, созданию попечительств, чайных, библиотек, домов трудолюбия. Уловив новые тенденции в общественной жизни, правительство в 1894 г., одновременно с введением винной монополии, образовало «попечительства о народной трезвости». Первый «сухой» закон в России был принят в июле 1914 г. с началом Первой мировой войны. Несмотря на многочисленные способы обхода закона и распространение самогонарения, душевое потребление алкоголя уменьшилось в 10 раз, снизилось количество психических заболеваний на почве алкоголизма, в 2 раза упало количество самоубийств на той же почве.

Антиалкогольная кампания 1985–1987 гг. в конечном счете потерпела неудачу и была свернута, сменившись резким всплеском связанных с алкоголем проблем в последующем десятилетии. Этому очень поспособствовала отмена государственной монополии на производство и продажу алкоголя, вслед за которой разлилось половодье фальсифицированных и токсичных спиртных напитков [1].

Положительными эффектами антиалкогольной компании были снижение уровня преступности, увеличение продолжительности жизни населения, сокращение числа производственных травм, суицидов, алкогольных психозов и ДТП. Однако окончательно проблема алкоголизма так и не была решена. При невозможности запретить употребление алкоголя необходимо осуществлять комплексную профилактически направленную антиалкогольную просветительскую деятельность с продуманными административными программами, которые должны быть направлены на все возрастные и социальные контингенты.

Реальное потребление алкоголя в России невозможно оценить по официальным данным, которые не отражают нерегистрируемый, в том числе нелегальный алкоголь. Более точно об этом свидетельствуют косвенные данные, и прежде всего смерти при отравлении алкоголем (ОА). Важно, что для смерти при ОА не имеет значения источник производства спиртного, легальный или нелегальный, а это

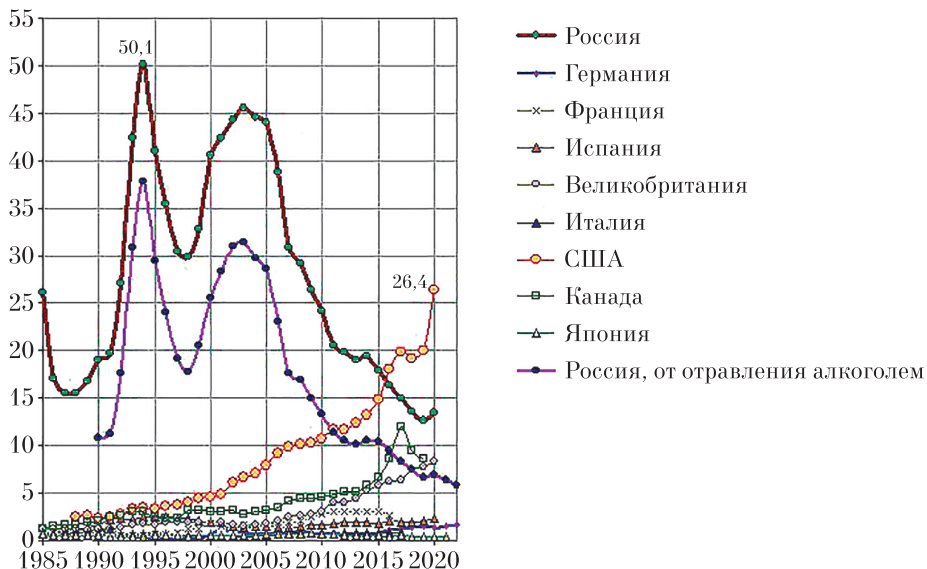


Рис. 17.10. Смертность от случайных отравлений (на 100 тыс. человек)⁴

позволяет более надежно оценить реальное потребление. Кроме того, потребление алкоголя — социальное явление, и мера индивидуального потребления определяется окружающими, которые связаны между собой на основе «социальной инфекции», от абстинентов (потребители с нулевым потреблением) до тяжелых пьяниц и алкоголиков. Последняя когорта потребителей составляет подавляющую часть умерших при ОА, и таким образом ОА отражают потребление всей популяции. Вот почему этот вид смертности лег в основу почти всех оценок реального потребления [22].

Для России также характерен непропорционально высокий уровень общей смертности при сопоставлении с уровнем потребления. Такое расхождение обусловлено тем, что алкогольная смертность определяется не только уровнем потребления, но и целым рядом неалкогольных факторов, таких как характер питания, качество и доступность медицинского обслуживания, напряженность повседневной жизни, а в целом — качество жизни.

Это качество в значительной степени определяется уровнем бедности в стране. Уже неоднократно показано, что малообеспеченные слои населения при равном и даже более низком уровне потребления несут значительно большие потери

⁴ <https://refru.ru/n/n138.jpg>.

в связи с алкоголем, в сравнении с состоятельными людьми. К тому же в России среди самых малообеспеченных особенно популярны дешевые суррогаты с высокой концентрацией этанола, что увеличивает их токсичность и негативные последствия.

Доля умерших с экзогенным этанолом в биологических жидкостях составила 46% от всех умерших, прошедших судебно-медицинскую экспертизу в 2003 г. Затем это значение плавно снижалось, достигнув 19% в 2022 г. Наиболее высоким этот показатель оказался среди внешних причин смерти. Среди умерших от внешних причин снижение за указанный период произошло с 60 до 47%, от ненасильственных причин смерти — с 31 до 14%. В классе неустановленных причин смерти данное значение варьировалась в диапазоне 36–45% без тенденции к снижению. Кроме того, для ряда внешних причин смерти этот показатель стабильно составляет более половины среди всех проведенных судебно-медицинских экспертиз (удавление петлей, повешение, воздействие низкой температуры, утопление, отравление угарным газом, механическая травма острыми орудиями) [13].

Широта распространения алкоголизации касается не только географии, но и видов патологии. Значительно больше людей погибает по причине алкогольного отравления, но при этом фиксируется в статистике под другими диагнозами [2]. Алкогольная смертность пропорциональна тяжести пьянства. Есть многочисленные свидетельства того, что спиртное укорачивает жизнь мужчин и женщин в зависимости от тяжести употребления, одних — на год, других — на два, а кого-то на большее количество лет. Средний возраст умерших от отравлений алкоголем в России составляет 49 лет. Другие методы определения алкогольной смертности дают сходные результаты — 31,2% мужчин и 28,7% женщин в возрасте до 64 лет умерли из-за потребления алкоголя [22].

Потери от пожаров

По данным МЧС, в 2020 г. по причине пожаров погибли 8310 человек. Всего за 1993–2022 гг. погибли 400 тыс. человек. Росстат ведет учет погибших «от случайных несчастных случаев, вызванных воздействием дыма, огня и пламени». Аналогичный учет ведется в других странах мира, пишет в своей монографии И. Г. Калабеков, приводя сравнительные материалы по странам (рис. 17.11) [16].

Как данные Росстата, так и МЧС приводят динамику потерь от пожаров, где пик приходится на 1990-е и 2000-е гг. с постепенным снижением к 2020-м годам. Причины таких потерь имеют несколько факторов — уязвимые старые электрические сети в зданиях и сооружениях, старое печное отопление, поведенческие отклонения при употреблении психоактивных средств и др. [16, 27, 31].

Смертность от утоплений и случайных падений

В нашей стране с очень высокой смертностью от утоплений, отравлений, самоубийств, убийств, пожаров, падений, ДТП отмечается сильное влияние употребления алкоголя, что указывается многими авторами, анализирующими

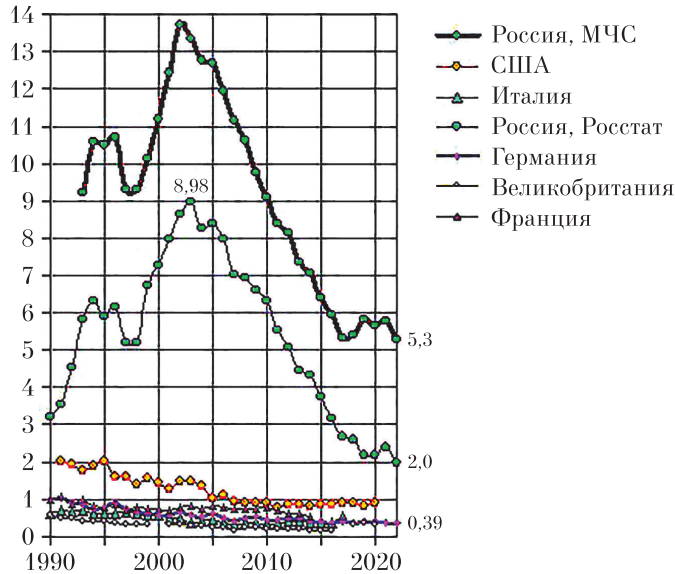


Рис. 17.11. Смертность от случайных несчастных случаев, вызванных воздействием дыма, огня и пламени (на 100 тыс. человек)

смертность. Количество случайных утоплений совпадает с показателем смерти от огня и составляло в течение нового столетия от 3,5% до 20 тыс., коэффициент смертности от утоплений в России уменьшился в 5 раз, с 12,2 до 2,4 на 100 тыс. человек. В 2022 г. он был значительно меньше, чем в Японии (рис. 17.12) [24].

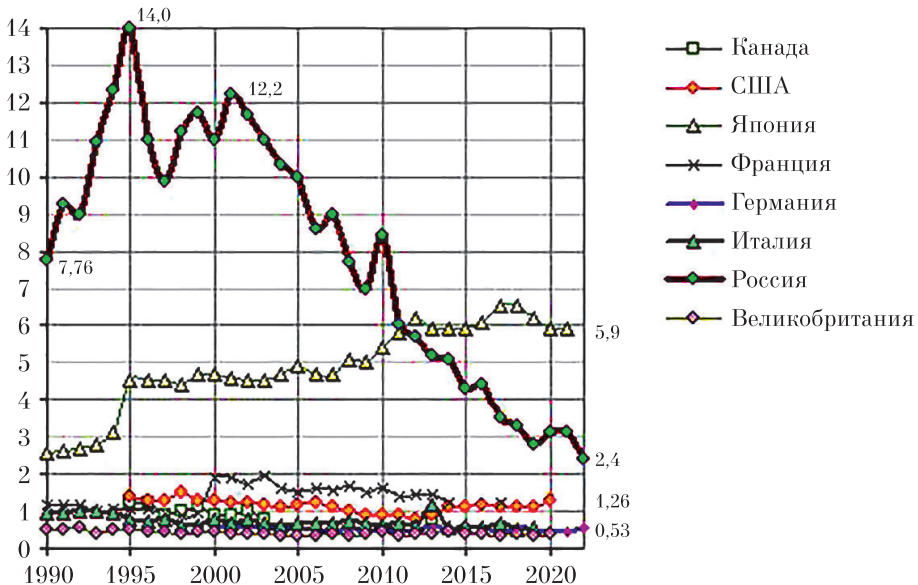


Рис. 17.12. Коэффициент смертности от случайных утоплений (на 100 тыс. человек)¹

¹ <https://refru.ru/n/n134.jpg>.

Детализированная структура смертей при утоплении с позиций судмедэкспертизы приведена в работе В. Н. Коротун «Вопросы кодирования причин и обстоятельств смерти при погружении человека в воду и от ее воздействия» (табл. 17.4) [19].

В схеме учтена последовательность кодирования обстоятельств наступления первоначальной причины смерти и основной ее причины по разделам блоков рубрик XX и XIX классов МКБ-10 [19].

В случае наступления смерти при погружении в воду и от ее воздействия в свидетельстве первоначально отмечают обстоятельства несчастного случая или акта насилия, подразделенные в XX классе на следующие группы:

- 1) несчастный случай (V01–X59);
- 2) преднамеренное самоповреждение (X60–X84);
- 3) нападение (X85–Y09);
- 4) действия с неопределенными намерениями (Y10–Y34);
- 5) другие внешние воздействия (Y35–Y89).

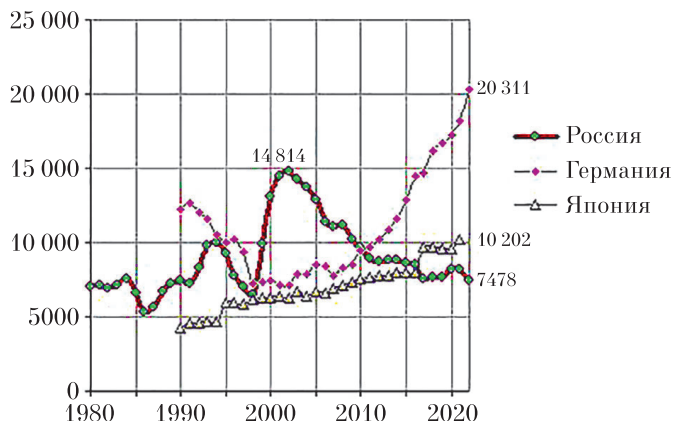


Рис. 17.13. Количество погибших при случайных падениях¹

Смертность от случайных падений в РФ имеет всплеск в начале 2000-х г. с постепенным снижением ниже показателей Германии, Японии и ряда других стран (рис. 17.13).

Психология и психопатология общества, влияющая на смертность населения

Причинами высокого уровня насильственной смертности с начала 1990-х гг. стали существенные изменения во всех сферах общественной жизни. Перед новой российской действительностью тогда стояли важные задачи: найти и сформулировать новую идеологию, осмыслить произошедшие в стране перемены и донести до общественности политическое и экономическое понимание происходящих

¹ <https://refru.ru/n/n134.jpg>.

Таблица 17.4

Кодирование вызвавших смерть обстоятельств при полном и частичном погружении в воду

Блок однородных рубрик и их коды	Рубрика	Код МКБ-10
XX класс обстоятельств несчастного случая или акта насилия		
Случайное утопление и погружение в воду (W65–W74)	Утопление и погружение в воду во время принятия ванны	W65
	Утопление и погружение в воду в результате падения в ванну	W66
	Утопление и погружение в воду во время нахождения в плавательном бассейне	W67
	Утопление и погружение в воду в результате падения в плавательный бассейн	W68
	Утопление и погружение в воду во время нахождения в естественном водоеме	W69
	Утопление и погружение в воду в результате падения в естественный водоем	W70
	Другие уточненные случаи утопления и погружения в воду	W73
	Случай утопления и погружения в воду неуточненные	W74
Другие несчастные случаи с угрозой дыхания (W75–W84)	Вдыхание и заглывание другого инородного тела, приводящее к закупорке дыхательных путей	W80
Несчастные случаи на водном транспорте (V90–V94)	Погружение в воду и утопление в результате аварии на водном транспортном средстве	V90
	Погружение в воду и утопление, связанное с водным транспортным средством, не вызванное аварией на нем	V92
Воздействие сил природы (X30–X39)	Жертва разрушительного шторма	X37
	Жертва наводнения	X38
Преднамеренное самоповреждение (X60–X84)	Преднамеренное самоповреждение путем погружения в воду и утопления	X71
	Нападение (X85–Y09)	Нападение путем утопления и погружения в воду
Повреждение с неопределенными намерениями (Y10–Y34)	Погружение в воду и утопление с неопределенными намерениями	Y21
	Другие внешние воздействия (Y35–Y89) — терроризм (Y38)	Утопление в результате террористических действий

событий. Этого не удавалось сделать, в обществе происходили хаотические процессы, когда реальность, включая развал промышленности и экономики не соответствовали риторике со стороны властей, о чем хорошо помнит население среднего и старшего возраста. Пострадали все общественные и производственные институты и структуры, в том числе среднее и высшее образование, система дополнительного и специального образования по направлениям, включая и медицинское.

Тенденции в науке и образовании. В 1992 г. вышел закон «Об образовании», согласно которому российские дети должны были заканчивать не менее девяти классов (в СССР — 11 классов), в 10–11-х классах теперь обучались по желанию. Согласно Конституции РФ 1993 г., все россияне имели право на бесплатное общее образование (это одновременно и право, и обязанность), а также на бесплатное высшее образование на конкурсной основе.

Даже в государственных российских школах не было единых образовательных программ. Исчезли учебники единого образца из перечня одобренных учебных пособий: многочисленные издательства выпускали десятки учебников по каждому предмету, а школы и преподаватели выбирали из них пособия по своему вкусу.

С 1992 г., после начала экономических реформ, начались ежемесячные задержки зарплат работникам сферы образования. Многие из них работали месяцами бесплатно или по бартеру (за продукты или предметы первой необходимости). Перебои с зарплатой постепенно прекратились после 1999 г.

В 1990-е гг. система высшего образования в России коммерциализировалась. Появилось не только много частных вузов (в 1997 г. — более 250), но и в государственных университетах часть мест студентам стали предоставляться на договорной (платной) основе. В 1991 г. на образование Россия тратила 10% национального дохода, а уже ко второй половине 1990-х гг. — всего 3%. Расходы на научные исследования за аналогичный период сократились в шесть раз. С 1992 г. около 800 научно-исследовательских институтов прекратили свое существование. Численность научных работников в России за 1992–1998 гг. снизилась почти на 40%. Наблюдался массовый уход ученых в другие сферы деятельности, включая отъезд за границу, шла «утечка мозгов», на восстановление которых потребовались многие годы. Не было стандартов образования, учебных пособий, катастрофически не хватало государственного финансирования и поддержки. Начался «бум» частного образования, качество которого должным образом не контролировалось¹.

Литература — попытка осмысления перемен. Советская эпоха оставила нам в наследство литературоцентричную культуру — в ней художественная литература и публицистика занимают первые места. 90-е гг. XX века стали последним десятилетием, когда литература потеряла свое традиционное первостепенное обучающее и мировоззренческое значение.

¹ <http://elar.uspu.ru/bitstream/uspu/2105/1/uch00019.pdf?ysclid=m3bcepyprf8125318>.

Тенденции в СМИ. В 1990 г. в России вышел «Закон о печати», отменивший цензуру. Для разрешения выпуска газеты или открытия радиостанции теперь достаточно было лишь их регистрации. В результате уже в 1991 г. было зарегистрировано более 1800 газет и журналов, из которых половина выходила впервые. В 1993 г. была принята Конституция РФ, в которой говорилось о свободе СМИ, праве на информацию и недопустимости цензуры. Появились новые типы изданий, специализирующихся на определенной тематике. С распадом СССР государственное финансирование прессы прекратилось. Газетам и журналам пришлось узнать, что такое самоокупаемость. Одни выживали за счет рекламы, другие находили спонсоров, третьи повышали цены на подписку. В первой половине 1990-х гг. тиражи самых популярных советских периодических изданий «Правда», «Известия», «Комсомольская правда», журналов «Огонёк», «Новый мир» и других упали в разы.

Открылись коммерческие радиостанции, доступные для слушателей на всей территории страны. До 1990-х гг. об интернете в России знали только в научном сообществе. Но уже в 1991 г. стали появляться первые интернет-провайдеры, готовые подключать к интернету российские компании. В 1990 г. вышла первая русскоязычная операционная система, и уже к 1995 г. в крупных городах все желающие могли подключить у себя домашний интернет.

Таким образом, отмена цензуры дала мощный толчок к развитию и трансформации российской журналистики. Появились специализированные, отраслевые СМИ, адресованные разным аудиториям. Началось создание интернет-журналистики.

Возрождение традиционных религий. Либерализация отношений церкви и власти началась ещё во второй половине 1980-х гг. Конституция 1993 г. провозглашала свободу вероисповедания, поэтому теперь все желающие могли основать любой разрешённый законом религиозный культ, не опасаясь уголовного преследования. Россия была объявлена светским многоконфессиональным государством. Согласно данным социологических опросов, если в середине 1980-х гг. каждый десятый житель столицы признавал себя верующим, то в конце 1990-х уже 9 из 10 москвичей отвечали, что верят в Бога. Одной из причин роста религиозности российского населения принято считать утрату советской идеологии, которая была основой мировоззрения нескольких поколений советских граждан. Количество действующих храмов и монастырей в стране увеличилось в несколько сотен раз. В 1992 г. была проведена канонизация новомучеников и исповедников.

Изменения коснулись не только православия. В 1990-е гг. в России выросло количество мечетей, и к началу 2000-х гг. 10% населения страны называли себя мусульманами. Тогда же в России начал возрождаться буддизм. В 1990 г. в Петербурге для встреч и общения буддистов был основан дацан Гунзэчойнэй, построенный еще в 1915 г. Так, уже в первые годы существования Российской Федерации религия стала важной частью жизни общества¹.

¹ <https://foxford.ru/wiki/istoriya/vneshnyaya-politika-rossii-v-dvuh-tysyachnom-dvuh-tysyachichetvortom-gg?ysclid=m3bbfvswhn235047982>.

Психиатрические парадигмы. Конец XX века ознаменовался крупномасштабными историческими преобразованиями, повлекшими за собой изменения уровня не только индивидуального, но и общественного психического здоровья. Также изменились представления о границах психической нормы и патологии. Если в советской психиатрии, в которой отклонение от среднестатистических норм поведения (религиозность, инакомыслие, нестандартная прическа, одежда, увлечения и т.д.) расценивалось как неадекватное поведение, то с 1990-х гг. высказывания, которые трактовались психиатрами ранее, как болезненные, стали декларироваться как верные. Люди, которые еще несколько лет назад считались по меньшей мере «странными», становились лидерами многочисленных, ранее неведомых политических партий, объединений, сект и довольно успешно адаптировались к новым социально-экономическим условиям.

Социокультурные изменения в нашей стране в последнее десятилетие XX века послужили новым импульсом к ревизии существующих диагностических и организационных принципов психиатрической науки в странах бывшего СССР. В конце 1980-х — начале 1990-х гг. в прессе и среди специалистов в сфере охраны психического здоровья началась многолетняя дискуссия. Подвергались сомнению диагностические критерии, используемые в клинической психиатрии, оживились споры вокруг проблемы психической нормы и патологии.

На глазах населения рушились традиционные дифференциально-диагностические критерии отграничения психической нормы от патологии, росло количество наркологических расстройств и суицидов, невротических, связанных со стрессом и социальным неблагополучием. Все чаще психологам и психиатрам приходилось сталкиваться с лицами, демонстрирующими фанатическое поведение и представителями новых религиозных культов. В течение жизни одного поколения психиатров в отечественной психиатрии произошел мировоззренческий переворот.

Изменения в любом социальном, политическом или экономическом секторах неминуемо влекут за собой изменения в состоянии психического здоровья популяции. В постсоветских странах за короткий период времени претерпела существенные изменения ментальность, религиозная идеология и национальная мотивация, иначе говоря, произошел культуральный сдвиг, наложивший отпечаток на психологическое самочувствие населения. Тенденции жизни (урбанизация, ускорение темпа жизни, политические перевороты, войны, информационные перегрузки) в совокупности со стрессом способствовали нарастанию нервно-психического напряжения и возникновению пограничных форм нервно-психической патологии. В России эта история повторялась многократно в разные столетия, и 90-е годы XX века не являются исключением в сравнении с другими лихими временами [41]. Термин «психоистория» означает научную дисциплину, предметом которой является изучение взаимосвязи исторических событий и психологических феноменов. В рамках этой науки осуществляется психологический подход к истории: изучаются психологические последствия исторических событий, особенности психики исторических деятелей и ее влияние на мотивацию их поступков, формирование психотипов под воздействием социокультурной среды [41].

Психопатологические особенности населения. Масштабные социально-экономические и политические перемены в России, начавшиеся в последнее десятилетие XX в. и далекие от завершения в настоящее время, оказали негативное влияние на состояние психического здоровья населения. В основе этого вывода лежат как теоретические работы в рамках биопсихосоциальной модели психического здоровья, так и научно-практические эпидемиологические исследования, основанные на анализе данных официальной российской медицинской статистики, популяционных исследований и экспертных оценках. Рассматриваемый сложный период реформ в России предоставил уникальный материал, давший возможность исследователям изучать качественное и количественное влияние социально-экономических и медико-демографических факторов на состояние здоровья населения.

Факторы, влияющие на психическое здоровье и клиническое оформление психических и поведенческих расстройств, условно подразделяют на две группы: социокультуральные и этнокультуральные. К социокультуральным факторам относят социально-политические, социально-экономические и микросоциальные условия, в которых проживает население, то есть особенности исторической ситуации. Влияние этих факторов прослеживается как на индивидуально-личностном, так и на популяционном уровне. При этом популяции могут быть как этнически однородными, так и этнически разнородными. Учет феномена поколения немаловажен и при рассмотрении вопроса о социокультуральном патоморфозе психических и поведенческих расстройств. К этнокультуральным факторам относят: особенности национальной ментальности, религиозных убеждений, традиций, обычаев, мифологии [26].

В результате исторической социализации в группах риска населения могут формироваться патохарактерологическое и невротическое развитие личности. Длительное воздействие стрессогенных факторов в неблагоприятной исторической ситуации потенцирует также развитие невротических, связанных со стрессом, и соматоформных расстройств [10].

Л. Н. Юрьева выделила термин «исторический невроз» — невротическое состояние личности психогенного характера, сформированное в результате патогенного влияния неблагоприятной исторической ситуации, характеризуется массовидностью и типичностью: сходством содержательных характеристик и внешних невротических проявлений, распространяется в виде психических массовых эпидемий и имеет историческую значимость.

Различия между неврозом и историческим неврозом:

- при *историческом неврозе* личность разделяет страхи, присущие подавляющему большинству людей, живущих в данной культуре, и выстраивает типичные для данной исторической эпохи механизмы психологической защиты;
- при *неврозе как клинически выраженном расстройстве* человек испытывает страхи и выстраивает психологические механизмы защиты, качественно отличающиеся от страхов и защит определенного культурного образца данной исторической эпохи.

Предвестниками массовидных невротических состояний являются непатологические психологические стрессовые реакции со следующими свойствами:

- 1) для них характерна психологическая понятность;
- 2) обусловлены конкретной неблагоприятной исторической ситуацией, выходящей за рамки привычного жизненного опыта (войны, революции, техногенные катастрофы и т.п.);
- 3) не достигают уровня психической патологии и не носят синдромально очерченный характер;
- 4) отличаются транзиторностью;
- 5) имеют субклинические проявления: эмоциональные дисфункции, ситуационная и социальная тревога, легкие вегетативные нарушения, инсомнии, заострение личностных черт характера, снижение продуктивности, интенсивности, стабильности и эмоциональной окрашенности деятельности.

В понятийный аппарат современной психиатрии введено определение «психическое расстройство». Основные критерии психического здоровья (по ВОЗ) следующие:

- 1) осознание и чувство непрерывности, постоянства и идентичности своего физического и психического «Я»;
- 2) чувство постоянства и идентичности переживаний в однотипных ситуациях;
- 3) критичность к себе и своей собственной психической продукции (деятельности) и ее результатам;
- 4) соответствие психических реакций силе и частоте средовых воздействий, социальным обстоятельствам и ситуациям;
- 5) способность самоуправления поведением в соответствии с социальными нормами, правилами, законами;
- 6) способность планировать собственную жизнедеятельность и реализовывать эти планы;
- 7) способность изменять способ поведения в зависимости от смены жизненных ситуаций и обстоятельств.

Распространенность психических расстройств в 1990-е годы. Отмечался существенный рост (на 28,6%) заболеваемости психическими расстройствами среди населения России в начальный период реформ (1991–1995 гг.). При этом наиболее резко (на 35%) увеличилась заболеваемость непсихотическими формами (невротические, связанные со стрессом, соматоформные, личностные расстройства), которые в наибольшей степени связаны с социальными причинами. Заболеваемость алкоголизмом в этот период возросла на 57,5%, алкогольными психозами — в 4,6 раза, наркоманиями — в 4 раза, что более подробно рассмотрено в других разделах. Частота суицидов увеличилась на 33,5% и достигла рекордных значений: 42,1 в 1994 г. и 41,4 на 100 тыс. человек в 1995 г. Выросли показатели инвалидности (на 12%), особенно первичной (на 48%), что связано с утяжелением хронических психотических заболеваний, ростом (на 22,4%) заболеваемости умственной отсталостью и социально-экономическими условиями жизни. В этот период в структуре психической патологии появились расстрой-

ства, обусловленные социальным стрессом. В эту группу входят острая реакция на стресс, посттравматическое стрессовое расстройство и расстройство адаптации, т.е. клинические формы, которые ранее либо вообще не диагностировались, либо диагностировались крайне редко и вне связи с социальными условиями.

Болезненность и заболеваемость психическими расстройствами увеличились по сравнению с 1995 г. на 6 и 7,5% соответственно. К стрессу социальных изменений добавились факторы социального неблагополучия: ухудшение материального положения, угроза безработицы или вынужденной смены профессии, обострение криминальной ситуации в стране. В результате к 2000 г. общее число учтенных больных психическими расстройствами (без наркологических) достигло 3,95 млн человек. Показатель впервые заболевших расстройств вырос на 30,6%, психотическими — на 33,3%, умственной отсталостью (УО) — на 26,7%, шизофренией — на 25,5%. Инвалидность вследствие психических заболеваний возросла на 29% (580 больных на 100 тыс. населения), а первичная инвалидность — на 14% (38,2 на 100 тыс.).

В ряде работ был проведен качественный анализ макросоциальных факторов, оказывающих влияние на состояние психического здоровья населения России [21]. Первый из них — стресс социальных изменений, воздействие которого испытала на себе большая часть населения страны. Второй негативной предпосылкой явилась психологическая неготовность населения к быстрым и радикальным переменам. Третий фактор — последствия социально-экономического кризиса, резко ухудшившего не только положение населения, но и материальные ресурсы психиатрических служб. Проблема полномасштабной оценки психического здоровья населения, в свою очередь, связана с проблемой оценки числа возможных пациентов в популяции, которые характеризуются фактом активного обращения за психиатрической помощью. В рамках решения этой проблемы в 2001 г. был предложен новый эпидемиологический показатель — «актуальная численность психически больных» [29].

К 1996 г. оценка для актуальной численности лиц с психическими расстройствами в России составила 21,2 млн человек, постоянно нуждающихся в психиатрической помощи, что соответствовало 14% населения РФ, а по данным официальной статистики, российская психиатрическая служба оказывала помощь лишь 2,5% населения [30].

В 2010 г. официальное число больных с впервые установленным диагнозом психического расстройства составило 498,9 тыс. человек и по сравнению с 1992 г. выросло на 16,9%. Показатель заболеваемости (на 10 тыс. населения) в период 1992–2010 гг. увеличился с 28,76 до 35,15 (рост на 22,2%), а в период 2002–2005 гг. фиксировались значения этого показателя в диапазоне 39–40 [14, 38]. По данным 2010 г. [14, 38] на первом месте стояла заболеваемость среди детей до 14 лет (61,17 на 10 тыс. детского населения), на втором — среди 18–19-летних (55,78), далее — 15–17-летних (51,75). Заболеваемость среди лиц 60 лет и старше имела уровень 43,78 и характеризовалась наиболее высоким (3,7%) годовым темпом прироста.

В последние годы отмечено «утяжеление» контингента больных. На это указывают следующие характеристики:

- 1) возросли показатели заболеваемости;
- 2) в диагностической структуре больных существенные доли приходятся на органические патологии как психотического, так и непсихотического уровней. особенно заметно увеличиваются доли больных и показатель заболеваемости сосудистой деменцией;
- 3) продолжается увеличение контингента больных, имеющих инвалидность. при этом число работающих инвалидов постоянно уменьшается [21].

Еще одним показателем негативной обстановки в сфере общественного психического здоровья служит высокий уровень самоубийств. Не вызывает сомнения связь между психическим расстройством и суицидом, особенно между депрессией и суицидом, при которой риск суицида оценивается в 10–15 раз выше в сравнении с основной популяцией¹.

Синдромы зависимости от наркотиков. До начала 1990-х гг. уровень потребления в стране наркотиков определялся ничтожно малой для такого огромного государства, как Россия, цифрой — всего около 30 тыс. граждан, официально зарегистрированных органами здравоохранения в качестве лиц, употребляющих наркотики. При этом большую часть из указанных лиц составляли граждане, употреблявшие наркотики для облегчения физических страданий, вызванных тяжелым заболеванием. К потребляемым в то время наркотическим средствам в основном относились вещества естественного происхождения, например, растения, а также отдельные лекарственные препараты, могущие в определенных дозировках употребляться в качестве наркотика. Синтетические наркотики, а также героин, не получили значимого распространения во многом благодаря действиям правоохранительных органов, органов пограничного контроля, своевременно перекрывавшим основные каналы поставок наркотических средств в СССР. Однако уже на начало 2007 г. количество больных, официально зарегистрированных органами здравоохранения в качестве лиц, употребляющих наркотики, составило свыше 330 тыс. человек. Таким образом, целое поколение российских граждан выросло в условиях, в наибольшей степени благоприятствующих развитию наркомании. На сегодняшний день это поколение — основная часть трудоспособного населения страны в возрасте от 23 до 40 лет.

Распад советского государства ослабил пограничный и таможенный контроль как между странами СНГ, так и на внешних границах. В страны бывшего СССР хлынул поток наркотиков из азиатских стран, в первую очередь из Афганистана. Отказ от моральных и идеологических ценностей социализма сопровождался в России всесторонним увлечением западным, и прежде всего, американским образом жизни².

¹ <https://unclinic.ru/nevroticheskaja-lichnost-nevrotizm-prichiny-simptomy-lechenie>.

² <https://cyberleninka.ru/article/n/vsplek-narkomanii-v-rossii-kak-sledstvie-reform-90-h-godov/viewer?ysclid=m3b9yv9r6244304827>.

С конца 1980-х гг. заметно ускорился рост числа больных наркоманией и токсикоманией, состоящих на учете в лечебно-профилактических учреждениях. Только с 1990 по 1999 г. оно увеличилось в расчете на 100 тыс. жителей в 6,5 раза (рис. 17.14)¹. В середине 1990-х гг. процесс распространения наркологических расстройств получил новое ускорение, стало быстро увеличиваться число больных, взятых под наблюдение с впервые в жизни установленным диагнозом наркомании или токсикомании.

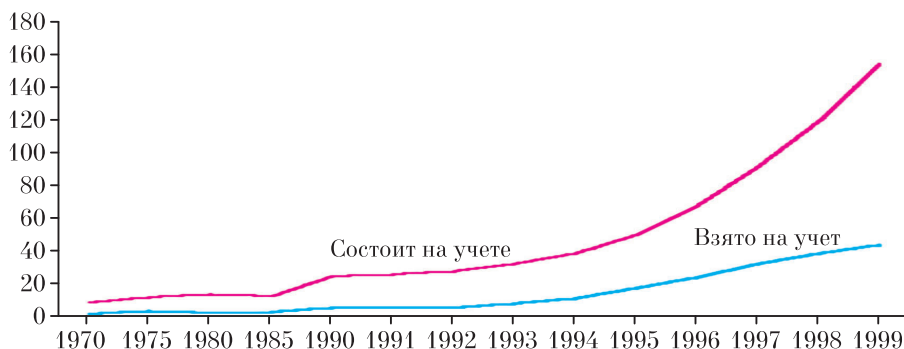


Рис. 17.14. Заболеваемость населения России наркоманией и токсикоманией, в расчете на 100 тыс. населения, 1970–1999 гг.

Наркомания имела еще одно негативное следствие — перенос инфекционных заболеваний контактным способом через инъекции или половой контакт, что проявилось в массовом заражении партнеров ВИЧ и вирусным гепатитом С в конце 1990-х гг. и в начале нового века, а также снижении у этих людей приверженности в антивирусной терапии [4].

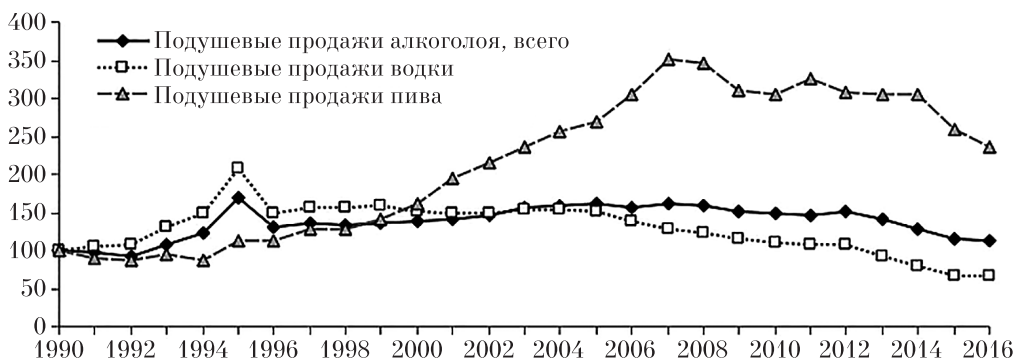


Рис. 17.15. Продажа алкогольных напитков в целом, водки и пива в литрах чистого спирта в расчете на душу населения от 15 лет (в % к 1990 г.)

Синдром зависимости от алкоголя. В 1990-е гг. возрастающее потребление алкоголя стало одной из наиболее доступных и социально значимых форм

¹ <https://www.demoscope.ru/weekly/2002/049/tema01.php>.

ответа на неблагоприятное воздействие внешних социальных и экономических факторов. Этот период характеризовался возникновением новой культуры потребления, сломом прежних норм и культурных установок, искажением традиционно существовавших гендерных различий, расширением социального круга потребителей спиртного за счет женщин и подростков.

С течением времени, несмотря на преодоление кризисных 1990-х гг. и повышение в 2000-е гг. уровня жизни, приверженность россиян алкоголю не только не уменьшилась, но в определенной мере продолжила расти.

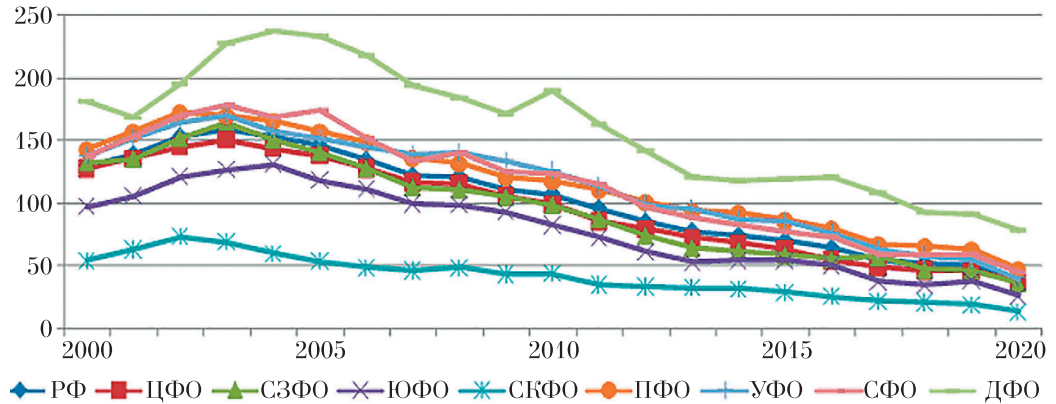


Рис. 17.16. Динамика первичной заболеваемости алкоголизмом (включая алкогольные психозы) по округам РФ за 2000–2020 гг. (на 100 тыс. населения) [12]

Исследование показывает, что на протяжении всего изучаемого периода в нашей стране существовали отчетливые социальные различия, свидетельствующие о неодинаковой приверженности к алкоголю в разных социально-демографических и структурных слоях. Такая приверженность более характерна для мужчин, чем для женщин, ее с большей вероятностью можно встретить среди молодых, заметно больше она распространена на нижних слоях социальной иерархии — среди людей с невысоким уровнем образования и дохода. Особенно быстрыми темпы приобщения к потреблению спиртного на регулярной основе оказались у малообеспеченных групп населения, причем эти процессы происходили не только в мужской половине населения, но и с не меньшей отчетливостью — в женской [25].

Заключение

В России есть значительный потенциал для реализации новых мер по снижению смертности и росту рождаемости, что в совокупности укладывается в категории народосбережения [17].

Повышение ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) граждан является национальной целью. Президентом России поставлены задачи повышения ОПЖ до 75 лет в 2025 г. и до 78 лет до 2030 г. Это ставит вопрос о ради-

кальном ускорении процесса принятия мер, способных привести к снижению смертности. Несмотря на актуальность проблемы снижения смертности в России, опубликовано небольшое количество комплексных аналитических обзоров, где суммируются исследования перспективных мер по снижению смертности, релевантные для России. Степень релевантности — это значимый в настоящий момент времени максимальный уровень адекватности ситуации, соответствия, необходимости, применимости с точки зрения аналитика [20, 35].

Набор мер по снижению смертности известен, однако в разных странах и демографических ситуациях эти меры могут иметь разный приоритет и эффективность. Россия находится в стадии второго эпидемиологического перехода, когда наиболее актуально снижение смертности от неинфекционных заболеваний и внешних причин.

В то же время России необходимо ориентироваться на опыт стран, которые дальше продвинулись по этому пути. Основные различия смертности в России и странах Запада включают высокую смертность от внешних причин в возрасте 15–70 лет, особенно в 25–55 лет. Особое внимание обращаем на мужскую часть населения, которая умирает в активном возрасте, нарушая гендерный баланс и формируя дефицит людских производственных ресурсов.

При этом, если в мире мужчины живут на 4–6 лет меньше женщин, то в странах Восточной Европы этот разрыв значительно больше. Например, в 2019 г. в России он составил 9,9 года, а в 2020 г. — 9,6 года. В «малопьющих» регионах Северного Кавказа разрыв составляет 5–6 лет. Это говорит о высоком вкладе потребления алкоголя, прежде всего крепких напитков, в смертность населения страны. К этому следует добавить употребление психоактивных веществ, отравления различными напитками и алкогольсодержащими растворами, высокий транспортный травматизм, убийства и самоубийства как следствие комплексных причин [17].

Эти проблемы на уровне правительства страны рассматриваются постоянно. Формируются программы по направлениям, которые ложатся в основу междисциплинарных вмешательств со стороны различных ведомств. Многие успехи прослеживаются по улучшению конкретных показателей (снижение травматизма и смертности, числа убийств и самоубийств и др.), определяющих народосбережение России.

Насколько масштабны потери от внешних причин, где вольно или невольно человек создает смертельные ситуации, от которых погибает? Потери в новом столетии колебались в диапазоне от 235 до 95 тыс. человек по нисходящей кривой. Ежегодно от внешних причин умирает каждый десятый из общего числа ушедших из жизни, при этом в их число в основном попадают люди трудоспособного и фертильного возраста. Без сомнения, цифры впечатляют своей масштабностью и заставляют задействовать все меры народосбережения, что частично уже реализовано в последние годы по отдельным направлениям [17].

Список литературы

1. Альтшулер В.Б. Проблема алкоголизма в историческом аспекте // *Вопросы наркологии*. 2013. № 1. С. 118–132.
2. Андреев Е.М. Правильно ли считают умерших от случайных отравлений алкоголем? // *Демоскоп Weekly*. 2016. № 673–674. С. 1–20. EDN VTYNPH
3. Беляков Н.А., Багненко С.Ф., Тотолян А.А. и др. Эпидемии и народонаселение России / под ред. Н. А. Белякова. СПб.: Балтийский медицинский образовательный центр, 2024. 550 с.
4. Беляков Н.А., Рассохин В.В. ВИЧ-инфекция и коморбидные состояния. СПб.: Балтийский медицинский образовательный центр, 2020. 680 с.
5. Борисов В.И. К вопросу классификации причин дорожно-транспортных происшествий. URL: <https://research-journal.org/archive/8-15-2013-august/to-the-question-of-the-classification>.
6. Будаев Б.С., Михеев А.С., Тармаева И.Ю. и др. Социально-экономические потери вследствие смертности от алкоголь-ассоциированных причин // *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2020. Т. 28, № 1. С. 29–33. doi: 10.32687/0869-866X-2020-28-1-29-33. EDN XABMG.
7. Быкова А.Г. Алкоголизм и пьянство в России в XIX — начале XX в.: из истории проблемы. Омск: Омская юридическая академия, 2006. 136 с. ISBN 5-98065-039-3. EDN RYWZXX.
8. Ганина А.А. Проблема девиантного поведения населения на примере алкоголизма в России // *Теория и практика современной науки*. 2019. № 4 (46). С. 46–49. EDN IGFUOM
9. Глобальный доклад ВОЗ о состоянии безопасности дорожного движения в мире. URL: k.cvom>wall-1927592461760.
10. Дмитриева К.П. Изучение уровня невротизации и психопатизации условно здоровых граждан // *Научное обозрение. Медицинские науки*. 2016. № 4. С. 26–29.
11. Доклад о реализации в 2022 году Стратегии безопасности дорожного движения в Российской Федерации на 2018–2024 годы. URL: <https://мвд.рф/dejatelnost/results/стратегия-бдд-2018-2024/доклад-о-реализации-в-2022-году>.
12. Заболеваемости наркологическими расстройствами в субъектах, включающих города-миллионники, и субъектах без таких городов // *Национальное здравоохранение*. 2023. № 4 (3). С. 33–41. <https://doi.org/10.47093/2713-069X.2023.4.3.33-41>.
13. Замятина Е.С., Забродский Я.Д., Халтурина Д.А. Анализ результатов судебно-медицинских экспертиз трупов, содержащих экзогенный этанол в биологических жидкостях // *Социальные аспекты здоровья населения*. 2023. Т. 69, № 4.
14. Здравоохранение в России. 2011: сборник статей. Росстат. М., 2011. 326 с.
15. Здравоохранение в России. 2023: статистический сборник. М., Росстат, 2023. 181 с.
16. Калабеков И.Г. Российские реформы в цифрах и фактах. 2-е изд., перераб. и доп. М.: РУСАКИ, 2010–2023. 498 с. ISBN 978-5-93347-302-2.
17. Кобякова О.С., Стародубов В.И., Халтурина Д.А. и др. Перспективные меры по снижению смертности в России: аналитический обзор // *Здравоохранение Российской Федерации*. 2021. Т. 65, № 6. С. 573–580. doi: 10.47470/0044-197X-2021-65-6-573-580. EDN TVVAVT.
18. Колбин А.С., Балыкина Ю.Е. Варианты планирования народонаселения // *Эпидемии и народонаселение России* / под ред. Н. А. Белякова. СПб.: Балтийский медицинский образовательный центр, 2024. 550 с.

19. Коротун В.Н. Вопросы кодирования причин и обстоятельств смерти при погружении человека в воду и от ее воздействий // *Проблемы экспертизы в медицине*. 2008. Т. 8, № 3–4 (31–32). С. 30–33.
20. Маркес П.В. Рано умирать. Проблемы высокого уровня заболеваемости и преждевременной смертности от неинфекционных заболеваний и травм в Российской Федерации и пути их решения. М.: Всемирный банк, 2005.
21. Митихина И.А., Митихин В.Г., Ястребов В.С., Лиманкин О.В. Психическое здоровье населения Российской Федерации в период 1992–2010 гг. // *Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова*. 2013. № 113 (9). С. 4–13.
22. Немцов А.В. Зависимая от алкоголя смертность в России // *Международный демографический форум 2020 года*. Воронеж: Цифровая полиграфия, 2020. С. 65–70.
23. Немцов А.В., Шелыгин К.В., Савельев Д.В. Сезонность смертельных отравлений алкоголем, алкогольных психозов и потребления (продажи) алкоголя в Москве в 2000–2015 гг. // *Социальная и клиническая психиатрия*. 2017. № 4.
24. Огрызко Е.В., Шелепова Е.А., Ваньков Д.В. Особенности динамики смертности населения от внешних причин в Российской Федерации за 2012–2016 годы // *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики*. 2019. № 3. С. 281–298. doi: 10.24411/2312-2935-2019-10066. EDN ACVEXU.
25. Озерова О.В. Приверженность алкоголю в России: социальные различия и тенденции в 1990-е и 2000-е гг. // *Журнал социологии и социальной антропологии*. 2016. Т. XIX, № 1 (84). С. 194–208.
26. Положий Б.С. Суицидальное поведение: (клинико-эпидемиологические и этнокультуральные аспекты). М.: ГНЦССП, 2010. 229 с. ISBN 978-5-86002-137-2Б.
27. Порфирьев Б.Н. Экономическая оценка людских потерь в результате чрезвычайных ситуаций // *Вопросы экономики*. 2013. № 1. С. 48–68. doi: 10.32609/0042-8736-2013-1-48-68. EDN PNOQXN.
28. Репецкая А.Л. Убийства в России: методика определения латентного массива // *Вестник Томского государственного университета. Право*. 2019. № 32. С. 55–68. doi: 10.17223/22253513/32/5. EDN SUMZK
29. Ротштейн В.Г., Ряховский В.В., Штинов А.Е. Клинико-эпидемиологическая характеристика стационарного контингента больных в рамках современной модели организации геронтопсихиатрической помощи // *Психиатрия*. 2021. № 19 (1). С. 26–33. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2021-19-1-26-33>.
30. Ротштейн В.Г., Ястребов В.С., Богдан М.Н., Сейку Ю.В. Современная система психиатрической помощи: эпидемиологический аспект // *Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова*. 2001. Т. 101, № 3. С. 42–47.
31. Савельев А.П., Готов С.В., Чугунов М.Н., Еналеева С.А. Обоснование технических решений по обеспечению пожарной безопасности в зданиях складов предприятий машиностроительной отрасли на основе расчета пожарного риска // *СТИН*. 2022. № 11. С. 58–60. EDN UHTYOX.
32. Столяров А.В., Борохов А.Д., Жаманбаев Е.К., Бедильбаева Г.А. Алкоголь как провоцирующий фактор суицидальных действий // *Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова*. 1990. Т. 90, № 2. С. 55–58.
33. Талыкова Л.В., Быков В.Р. Проблемы изучения демографических процессов коренного населения Арктической зоны (на примере смертности) // *Проблемы сохранения здоровья и обеспечения*

- санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Арктике: материалы IV международной научно-практической конференции, Санкт-Петербург, 19–20 октября 2023 года. СПб.: Издательско-полиграфическая компания «Коста», 2023. С. 238–249. EDN KXRTEK.
34. Ткачева Е.В. Самоубийство как криминологическое явление: причины и способы предупреждения // *Проблемы законности*. 2018. № 143. С. 181–190. EDN YWTDQL.
35. Улумбекова Г.Э. Программа неотложных мер в здравоохранении РФ для выхода из системного кризиса. Оргздрав: новости, мнения, обучение // *Вестник ВШОУЗ*. 2020. Т. 6, № 1. С. 4–16. <https://doi.org/10.24411/2411-8621-2020-11001>.
36. Федеральная целевая программа «Повышение безопасности дорожного движения в 2013–2020 годах» (утв. постановлением Правительства РФ от 3 октября 2013 г. № 864).
37. Холондович Е.Н. Психологическое самочувствие личности в условиях социального кризиса. Фундаментальные и прикладные исследования современной психологии: результаты и перспективы развития. М.: Институт психологии РАН, 2017. 2704 с. EDN: ZVDWQR.
38. Чуркин А.А., Творогова Н.А. Распространенность психических расстройств в Российской Федерации в 2010 г. // *Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии*. 2012. № 2. С. 3–7.
39. Шельгин К.В. Прогноз смертности от отравлений алкоголем в России // *Наркология*. 2018. Т. 17, № 11. С. 37–42. EDN VNPНОС.
40. Щербакова Е.М. Мировые тенденции смертности от ДТП по оценкам ВОЗ 2018 года // *Демоскоп Weekly*. 2019. № 819–820.
41. Юрьева Л.Н. История. Культура. Психические и поведенческие расстройства. Киев: Сфера. 2002. 224 с.
42. Global status report on road safety 2015. World Health Organization 2015; Global status report on road safety 2018. Geneva: World Health Organization; 2018. https://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/global_reports/e.

