

отрицательно сказывается на медицинском страховании. Обычно эти две проблемы рассматривались ответственными лицами разных уровней по отдельности, но теперь было признано, что и цены на медицинские услуги, и доступ к ним являются симптомами общих проблем, с которыми столкнулась система. Если раньше каждая из двух названных проблем решалась самостоятельно, с помощью тех или иных конкретных мер, то в начале 90-х годов лица, принимающие решения, стали разрабатывать комплексные стратегии, предназначенные для решения обеих проблем одновременно, тем самым, оправдывая термин «всесторонняя реформа». Американские исследователи А. Кац и К. Мэддэн утверждают: «В то время как общественность через своих выборных представителей в основном отказалась от всесторонней реформы, местные власти, власти штатов и федеральное правительство продолжают оказывать влияние на характер и скорость изменений на рынке здравоохранения. В некоторых сообществах это влияние связано с

активными действиями правительства, регулирующего рынок, собирающего данные, финансирующего программы и покупающего услуги, в других — рынок изменяется в обстановке пассивной, равнодушной политики (либо выжидательной, либо необязательной)». Эти различные подходы отражают своеобразные культурные и политические пути развития каждого сообщества, а также особые обстоятельства, обусловившие реформы.

Таким образом, объем и характер факторов, действующих на рынках здравоохранения в США, изменились. Возрос общий уровень экономической деятельности в здравоохранении, увеличилась плотность и мобильность населения. Расширились знания, появились новые научные достижения во многих областях, влияющих на здравоохранение, а представления и ценности, касающиеся доступа к медицинским услугам, также изменились. Эти изменения произошли в связи с изменениями в общественной политике на всех уровнях управления по всей стране.

ПРОБЛЕМА СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ: СУИЦИД

Филиппов А.И., Братищева Н.Н., Веселкина О.В.

БелГУ, кафедра патологии с курсом судебной медицины

Процесс депопуляции в России начался в 1992 г., когда число умерших превысило количество родившихся. К 2002 г. население уменьшилось на 7,7 млн. и составило 144 млн. человек. Согласно прогнозу Госкомстата Российской Федерации, к середине XXI века в стране может насчитываться около 100 млн. человек. Серьезность такого развития обстоятельств требует внимательного рассмотрения и изучения всех факторов, влияющих на демографические показатели. Едва ли удастся быстро поднять уровень рождаемости. Больше надежд ученые связывают с исследованием причин высокой смертности и выработкой ре-

комендаций, направленных на сохранение жизни детского и взрослого населения.

Изучая текст Государственного доклада о состоянии здоровья населения Российской Федерации за 2001 год, мы обратили внимание на высокие цифры самоубийств за последние 10 лет. Число погибших от суицида в расчете на 100 тыс. человек составляло в 1990 г. — 26,4; в 1994 г. — 42,1; в 1998 г. — 35,4; 1999 г. — 39,3; в 2000 г. — 39,3; в 2001 г. — 39,7 чел., что в последнем случае в абсолютных цифрах равнялось 57168 чел. Количество самоубийств в относительных и абсолютных цифрах за все указанные годы было больше числа отравлений

алкоголем, всех транспортных травм и убийств! Округленно за 10 последних лет суицид унес больше полумиллиона человек.

По данным Всемирной Организации Здравоохранения, за последние 15 лет число самоубийств среди самых молодых увеличилось в 2 раза, занимая вторую причину смертности во многих европейских странах. В США в 1984 году, по данным газетных публикаций, покончили с собой около 2000 подростков, из них многие - с помощью весьма доступного в этой стране огнестрельного оружия. В Москве ежегодно происходит 600-700 суицидных попыток среди детей до 12 лет и еще больше - среди подростков.

Самоубийство в детском и подростковом возрасте имеет особенную фактуру, корни которой лежат в своеобразии представлений о смерти. Во-первых, чем младше человек - тем труднее определить истинность его намерений уйти из жизни. Игровая деятельность детей и подростков сама по себе может таить немалый риск для жизни (подвижные игры на крышах домов и стройплощадках, прыжки с большой высоты, катание на подножках товарных поездов). Может быть, поэтому они часто выбирают весьма калечащие и травматичные способы совершения самоубийства. К тому же многие дети и подростки убеждены в том, что смерть имеет конец, представляясь глубоким сном или длительным отсутствием. В-третьих, мотивы самоубийства детей и подростков до крайности непропорциональны факту травматизации, высока импульсивность поступка.

Не следует также забывать о злоупотреблении алкоголем и наркотиками, возросшем в последние годы среди молодежи. Даже в небольших дозах эти вещества нарушают эмоциональную реактивность, вплоть до грубого искажения восприятия себя, реальности и тяжести положения.

В сознании современного российского подростка нет однозначно негативного отношения к суициду. Есть сочувствие, сожаление, но нет возмущения и презрения. Возможно, нужно менять устойчивые, традиционные наивно-психологические мифы. Для этого растущим поколениям придется избавляться от убеждений, что страдание, боль и слабость - это некие достоинства и проявление духовной силы. Лучше

рассматривать их как сигнал к необходимости свершения перемен, призыв к ответственности, росту и зрелости.

Считается, что приводящий к самоубийству конфликт в детском и подростковом возрасте обычно коренится во взаимоотношениях с родителями или сверстниками (отвержение группой, неразделенная привязанность); повторные попытки совершаются третьей девушкой и двумя третями юношей; около 90% всех попыток происходят «на арене» - при свидетелях. Определенная демонстративность попыток самоубийства в подростковом возрасте не должна ослаблять внимание окружающих.

Согласно статистическим данным, на зрелый возраст приходится не менее трети от всех завершенных суицидов. При этом отмечено, что около $\frac{3}{4}$ покончивших с собой мужчин и $\frac{2}{3}$ женщин в возрасте 30-39 лет на момент совершения попытки находились в состоянии алкогольного опьянения. Алкоголь как психоактивное средство снижает способность к критической оценке и в первую очередь поражает эмоциональную (аффективную) сферу, делая настроение неустойчивым, а оценку более пессимистической. Конфликт, как правило, длительнее, чем в подростковом возрасте (суицид не столь маломотивирован и импульсивен) и коренится чаще всего в семейной сфере или в проблеме одиночества.

Если максимум суицидных попыток приходится на возраст 16-24 года, то пик завершенных суицидов падает на период 45-59 лет. Всего на предпенсионный и пенсионный возраст приходится около половины всех законченных самоубийств. Это объясняется тем, что три составляющих суицидной попытки (объективная тяжесть ситуации, степень желания смерти и серьезность действий) именно у пожилых наиболее плотно связаны в тугой узел.

Личность не только максимально сформирована, но и с трудом адаптируется к окружающим переменам по сравнению с более молодыми. Конфликты чаще всего коренятся в сферах личного одиночества, физической несостоятельности и невозможности выживания. Не менее 20% самоубийц страдают тяжелыми, существенно ограничивающими все виды активности соматическими заболеваниями. У половины онко-

логических больных присутствует суицидальная готовность, а 10-15% из них совершают суицид. Не менее 30% пожилых людей страдают психическими расстройствами, что также повышает суицидный риск. Суммарная стоимость многих необходимых для пожилых людей лекарственных препаратов может в несколько раз превосходить размер пенсионного пособия..

Более 60% суицидентов воспитывалось в неполных семьях, распад которых происходил, когда они находились в дошкольном возрасте. В семьях зачастую царит атмосфера холодного, безразличного отношения к детям. Заинтересованность детьми скорее формальная, настоящего тепла и притяжения нет. Поэтому даже достигшие зрелого возраста суициденты живут с непреходящим чувством отсутствия заботы, покинутости, заброшенности.

Отчужденность от родительской семьи при одновременной тяге к эмоционально насыщенным, теплым, доверительным отношениям достаточно рано приводят этих лиц к поиску тепла вне дома, стремлению вырваться из семейного окружения. Главенствующую роль в системе ценностей начинает играть круг друзей и любовная сфера, легко замещаемые разного рода психологическими суррогатами (секта, круг собутыльников, беспорядочная половая жизнь). Восприятие жизни в целом при этом значительно обедняется.

По данным Белгородского областного комитета государственной статистики, ежегодно с 1993 года по 2002 год число самоубийств соответственно составило 399, 426, 383, 423, 398, 403, 455, 441, 439, 454 человека. Всего суммарно за 10 лет количество самоубийств равно 4645. За то же время по области было убито – 1223 человека. Как и по России, в Белгородской области число самоубийств в год (в 2002 – 454 случая) превышает количество случайно отравившихся этиловым спиртом и количество погибших при всех видах транспортной травмы. Общее годовое количество самоубийств в нашей области за последние 10 лет значительно меньше, чем по Российской Федерации в сопоставляемые годы в пересчете на 100 тыс. населения.

Работа по проблеме самоубийств оказалась довольно сложной в организационно ме-

тодическом направлении. Абсолютных цифр по динамике суицида ни по России, ни по регионам в открытой печати практически нет. В том числе, в нашей области. На получение количественных показателей приходится направлять официальные запросы в государственные службы.

При всех сложностях мы получили данные за последние десятилетия, что позволило сравнить цифры суицида в современной России с прошлыми периодами и количеством самоубийств в других странах. Так с 1870 по 1887 годы число самоубийств приблизилось к 2-2,5 случаев на 100 тыс. населения, в 1890 году – 2,7, в 1902 – было равным 3,2, а в 2001 – 39,7. Известно также, что в 1907 году покончили собой 152 подростка и юноши до 21 года, а в 1996 году – свыше 5 тыс. человек того же возраста.

Изучение информации о самоубийствах в странах мира показало, что суицид находится среди 10 ведущих причин смерти для людей в возрасте от 15 до 35 лет. Подсчеты показывают, что ежегодно во всем мире совершается в среднем от 500 тыс. до 1 млн. самоубийств. В европейских странах – около 120 тысяч в год. И хотя цифры весьма велики, эксперты полагают, что уровень зарегистрированных самоубийств остается заниженным приблизительно на 20%.

По данным ВОЗ (2002) уровень самоубийств в странах мира на 100 т. населения выражается следующими цифрами: 45 – Литва, 41 – Россия, 39 – Латвия, 32 – Казахстан, 28 – Беларусь, 26 – Венгрия, Финляндия, 25 – Словения, 23 – Украина, 18 – Австрия, Болгария, 17 – Франция, Швейцария, Япония, 16 – Бельгия, Дания, 14 – Новая Зеландия, Польша, 14 – Канада, Швеция; 12 – Германия, Норвегия, США; 11 – Австралия; 9 – Великобритания, Израиль, Южная Корея; 6 – Аргентина, Испания, Чили; 5 – Таджикистан; 4 Албания, Армения, Бразилия, Мексика .

К сожалению, Россия занимает одно из первых мест среди стран по числу самоубийств. Во всех странах показатель суицида среди мужчин выше, чем у женщин. Но у России он самый контрастный: 73:11.

По данным ЕЭС, в Европе на каждого человека, совершившего самоубийство, приходится десять человек, предпринявших суицидальные попытки, не окончившиеся смертью, или нанесших себе повреждение, достаточное для того, чтобы нуждаться в медицинской помощи. Такое число людей, преднамеренно причиняющих себе самоповреждения, остаётся неизвестным. Предполагается, что оно ещё выше, так как не все обращаются за медицинской помощью. В Канаде, США и Европе около 5% лиц в возрасте 15 лет и старше в то или иное время предпринимали суицидальные попытки.

По данным ВОЗ (2002) наличие психических расстройств, включая злоупотребление алкоголем и наркотиками, является наиболее существенным фактором риска самоубийств. Поэтому их профилактика и лечение могут и должны оказывать значительное влияние на число самоубийств. Так, в Европе и США существует устоявшееся мнение, что около 90% лиц, совершивших самоубийство, к моменту смерти страдали психическим заболеванием, и что 80-85% суицидов связаны с двумя расстройствами – депрессией и алкогольной зависимостью.

Имеются наблюдения за группами пациентов, страдающих депрессией, манией и шизофренией. Причиной смерти у них в 9-15% были самоубийства, что не отмечено в контрольной группе. Есть данные о 5412 госпитализированных психиатрических пациентах, у которых риск совершения самоубийства оказался в 11-67 раз выше, чем у больных острой и хронической шизофренией, аффективными расстройствами, злоупотреблением алкоголем или наркотиками.

Кроме указанных факторов риска известно, что принадлежность к мужскому роду, возраст старше 50 лет, одинокое проживание, наличие серьёзных заболеваний повышают риск возможного суицида. В группе лиц с алкогольной зависимостью таким фактором является потеря близкого человека. У психиатрических пациентов – предшествующие суицидальные попытки. Для детей 6-14 лет – потеря одного или обоих родителей.

Риск самоубийства в какой-то мере определяет и доступность средств, методов и возможностей осуществления суицида. К таким факторам можно отнести доступность различного оружия, лечебных препаратов и сильнодействующих лекарств, химических веществ, бытового газа.

Из способов самоубийств имеет значение возможность прыжков с высоты, осознанная передозировка, законно разрешенных медикаментов и обдуманное вдыхание угарного газа.

К действенным превентивным мерам суицида, выработанными специалистами разных стран и ВОЗ в настоящее время относят: психиатрическое лечение, контроль огнестрельного оружия, детоксикацию газа, контроль токсических средств, ответственное отношение к сообщениям в средствах массовой информации

ВОЗ предлагает действия по профилактике суицида:

- выявление и лечение людей, страдающих депрессией;
- ограничение доступа к огнестрельному оружию;
- детоксикацию бытового газа и автомобильных выхлопных газов;
- контроль доступа к токсическим веществам и лекарствам;
- лишение привлекательности сообщений о самоубийствах в средствах массовой информации;
- установление физических барьеров, препятствий, ограничивающих возможность прыжков с высоты.

Итак, заинтересовавшись проблемой суицида, ознакомившись с описанием его в художественной и научной литературе, с различными понятиями явления самоубийства, мы приходим к выводу, что наиболее ясное, полное определение дают эксперты ВОЗ: самоубийство – это преднамеренное задуманное и осуществленное действие человеком при полном сознании или ожидании смертельного исхода своих действий.

Суицидальное действие, не завершившееся смертельным исходом, следует называть суицидальными попытками, попытками само-

убийства, пара-суицидами или актами преднамеренного самоповреждения.

Суицидальная превенция или профилактика – это меры, направленные на предупреждение действий, которые могут привести к смертельному исходу.

Далее с позиций рекомендованных ВОЗ, мы провели анализ обстоятельств, которые могут служить факторами риска или создавать фон, способствующий суицидальным настроениям в нашем регионе. К ним можно отнести:

- Рост загрязнения окружающей среды;
- Рост общей заболеваемости всех групп населения;
- Рост психических расстройств и расстройств поведения;
- Рост болезней нервной системы;
- Рост болезней системы кровообращения и цереброваскулярных болезней;
- Рост патологии беременности, родов и послеродового периода;
- Рост отравлений и других последствий воздействия внешней среды;

Отсюда рост инвалидизации, быстрое старение населения, рост количества одиноких людей, особенно в пожилом возрасте, рост количества мигрантов (более 100000 человек за

последние 10 лет), рост снижения социальной обеспеченности населения (26,6% - ниже прожиточного уровня - 2000г).

В дальнейшем нам предстоит разработать методику более точного учета количества самоубийств, в том числе по группам населения; определить ситуации, провоцирующие обстоятельства, механизм и средства суицида.

И только после этого приступить к разработке рекомендаций по предупреждению суицидальных настроений и суицидальных действий.

Литература

1. Амбраумова А.Г. Научные и организационные проблемы суицидологии. – М., 1983.
2. Амбраумова А.Г. Сравнительно-возрастные исследования в суицидологии. – М., 1989.
3. Зиновьев С.В. Суицид. Попытка системного анализа. Санкт-Петербург, СОТИС, 2002.
4. Юлийана Пурич-Пейякович, Душан Й.Дуньич Самоубийство подростков, Москва «Медицина», 2000.
5. Лаврин А.Т. 1001 Смерть. Москва, «Рекс», 1991.
6. Малеина М. Н. Человек и медицина в современном праве. Издательство БЕК Москва, 1995.

БОЛОНСКИЙ ПРОЦЕСС И ГУМАНИТАРИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В РОССИИ

Филиппов А.И., Филиппова С.И., Филиппова Н.И.

23 июля 2002г. подписан приказ Министерства образования Российской Федерации №2866 “О новой редакции Плана действий Минобразования России на 2002 - 2004 годы по реализации Концепции модернизации российского образования на период до 2010 года”, в котором предусматривается ряд мер, направленных на сближение отечественной высшей школы с целями Болонского процесса, его механизмами и инструментами. Среди них: разработка нормативных правовых актов,

обеспечивающих реальное функционирование многоступенчатой структуры высшего профессионального образования (IV квартал 2004 г.); формирование проекта модели отечественной системы зачетных единиц - учебных кредитов в высшем образовании и связанных с ней основных понятий и нормативов с учетом усиления роли самостоятельной роли студентов (IV квартал 2003г.); создание государственных образовательных стандартов на основе образовательных кредитов (IV квартал 2004 г.); прове-