

Юрий Прокопенко

**Системные
риски
здоровью**

В паутине рисков

Юрий Иванович Прокопенко

Системные риски здоровью

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=11786348

ISBN 978-5-4474-2227-1

Аннотация

«Системные риски здоровью» – это аналитический обзор окружающих нас реальных рисков. Системные риски, как правило, не вызывают заболеваний, но в значительной степени оказывают влияние на судьбу прямых рисков здоровью. В число системных рисков входят социальные, экологические, экономические, транспортные, криминальные, суицидальные и другие риски, происходящие от сложившейся системы управления государством и обществом. Книга рассчитана на широкий круг читателей.

Содержание

Введение	5
Глава 1. Риски: основные понятия и классификация	7
1.1. Термины и определения	7
1.2. Концепция системных рисков здоровью	10
1.3. Классификация системных рисков здоровью	12
Глава 2. Социальные риски	15
2.1. Экономические аспекты социальных рисков	18
2.2. Социально-обусловленные риски здоровью	22
Конец ознакомительного фрагмента.	32

Системные риски здоровью В паутине рисков Юрий Иванович Прокопенко

© Юрий Иванович Прокопенко, 2015

Создано в интеллектуальной издательской системе Ridero.ru

Введение

Риски как вероятность развития неблагоприятных изменений здоровья, связанных с реализацией многообразных реально существующих опасностей, окружают каждого из нас на протяжении всей жизни. Человек впервые сталкивается с такими рисками, будучи эмбрионом. Здесь его могут подстерегать различные опасности, связанные как со здоровьем будущей матери, так и с окружающим ее миром. И если период эмбрионального развития прошел благополучно, и вы родились нормальным здоровеньким малышом в условиях всесторонней заботы горячо любящих вас родителей, в государстве и обществе, создающим для вас все возможное, чтобы предотвратить все возможные детские болезни, то скоро вы войдете во взрослую жизнь, полную новых характерных для нее рисков. Когда Вы выросли в достаточной степени, чтобы начать самостоятельную жизнь, помимо рисков заболеть, на первый план выходят риски другого рода, те, которые дают Вам возможность получить образование и достойную работу, жить и трудиться в стране и обществе общего благоденствия и справедливости. Нет войн и притеснений, фальши и криминала и прочих рисков, которые, к сожалению, зачастую присутствуют в обществе и государстве и которые могут помешать Вам начать успешную самостоятельную жизнь, заняться самообеспечением, построением собственного очага, семьи, рождением собственных детей. И на этом ответственном участке жизненного пути, вас поджидают все новые риски, число и разнообразие которых растет по мере разрастания Вашей социальной активности. Вам уже приходится сталкиваться с такими рисками как социальные, экономические, финансовые, психо-эмоциональные, транспортные, криминальные, суицидальные, экологические и биологические риски. Все они, отражающие сложившуюся систему жизни и управления в обществе и государстве и получившие название системных рисков, в большей или меньшей степени сказываются на вашем здоровье и всей вашей жизни. Все в большей степени Вы задумываетесь над вопросом о причинах возникновения тех или иных повреждений здоровья, и рисках, которые участвуют в этом процессе. Постепенно Вы начинаете понимать, что социальные риски не в меньшей степени ответственные за развитие болезней, чем непосредственные болезнетворные риски здоровью. Вы также начинаете понимать, что в реальной жизни при наличии социальных рисков редко кому из нас удастся избежать реализации опасных для здоровья рисков. Остается надеяться лишь на то, что знание этих рисков в значительной степени позволит противостоять им.

Системные риски представляет собой совокупность рисков реально существующих в конкретном обществе и государстве. Анализ системных рисков состоит в последовательном описании характера рисков, взаимодействия каждого из них с другими рисками и потенциальной опасности для здоровья. Системные риски включает в себя риски, возникающие в обществе и зависящие от его состояния. Эти риски не обладают прямой способностью вызывать заболевания, поэтому они получили название непрямых или опосредованных рисков. Это же обстоятельство не позволило науке исследовать их влияние на здоровье в такой же степени, как влияние непосредственных (медицинских) рисков здоровью. Последние способны оказывать прямое влияние на здоровье, будучи болезнетворными агентами, вызывать различные заболевания. Эти риски были определены как прямые риски здоровью и жизни человека.

«Системные риски здоровью» – это книга, предназначенная как для специалистов различного профиля, так и для широкого круга читателей. Ее материалы могут быть использованы как в познавательных целях, так и в качестве некоторых рекомендаций (изложенных прямо или косвенно) для минимизации рисков и последствий их реализации для здоровья. Смеем надеяться, что в ряде случаев некоторые фрагменты или главы данной книги могут

быть использованы в научно-педагогической и просветительской деятельности. Более всего мы были бы удовлетворены от проделанной работы, если бы «системные риски здоровью» способствовали рождению новых идей в области профилактической медицины, снижению рисков здоровья людей и укреплению здоровья нации.

Глава 1. Риски: основные понятия и классификация

1.1. Термины и определения

В данном разделе будет предложен перечень наиболее распространенных терминов и понятий, имеющих отношение к рискам. Включенные в перечень термины и понятия изложены в алфавитном порядке, что никак не определяет их последовательность в приоритетности значимости для влияния на здоровье. Словарь включает термины и понятия, которые изложены в авторитетных изданиях, а также определения, сформулированные автором этой книги, основанные на многолетнем опыте работы. В ходе изложения материалов книги будут приведены дополнительно частные определения рисков, имеющие отношения к отдельным категориям рисков.

Анализ риска – процесс получения информации, необходимой для предупреждения негативных последствий для здоровья населения, состоящий из трех компонентов: оценка риска, управление риском, информирование о риске.

Безопасность – высокая вероятность отсутствия вредного эффекта при определенном режиме и условиях воздействия анализируемого фактора, представляющего опасность. В реальности соответствует либо отсутствию риска, либо его приемлемым уровням.

Вредное воздействие на человека – воздействие факторов среды обитания, создающее угрозу жизни или здоровью человека либо угрозу для жизни и здоровья будущих поколений (ст.1 Федерального закона «О санитарно-гигиеническом благополучии населения» от 30 марта 1999 г. № 52-ФЗ).

Здоровье – состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов.

Интегрированная оценка риска – процесс совместного анализа рисков, связанных с множеством источников, воздействующих факторов и маршрутов воздействия на человека, биоту или экологические ресурсы, с выделением определенной приоритетной области анализа.

Канцерогенный риск – вероятность развития злокачественных новообразований на протяжении всей жизни человека, обусловленная воздействием потенциального канцерогена и комплекса других факторов, способствующих развитию опухолевого процесса.

Канцерогенный эффект – возникновение новообразования при воздействии факторов окружающей среды и других факторов, обуславливающих развитие опухолей.

Кумулятивный риск – вероятность развития вредного эффекта в результате одновременного воздействия на организм разного рода системных рисков.

Модификаторы риска – факторы, провоцирующие или увеличивающие риск развития определенных заболеваний. В некоторых случаях модификаторы риска могут снижать неблагоприятные последствия реализации риска или полностью упразднять риск даже при наличии реальной опасности. Эти свойства модификаторов риска могут быть использованы в системе управления рисками.

Неблагоприятный (вредный) эффект – изменения в морфологии, физиологии, росте, развитии, продолжительности жизни, а также духовной составляющей человека (экспонированного населения), проявляющееся в снижении функциональной способности или способности компенсировать дополнительное неблагоприятное воздействие, или увеличение чувствительности к другим воздействиям факторов окружающей среды.

Неопределенность – ситуация, обусловленная несовершенством знаний о настоящем или будущем состоянии рассматриваемой системы. Характеризует частичное отсутствие или степень надежности сведений об определенных параметрах, процессах или моделях, используемых при оценке риска.

Непосредственные риски здоровью – риски, имеющие медицинский характер, и обладающие способностью вызывать различные заболевания.

Окружающая среда – совокупность компонентов природной среды, природных и природно-антропогенных объектов, а также антропогенных объектов.

Опасность – совокупность свойств фактора обитания человека (или конкретной ситуации), определяющих их способность вызывать неблагоприятные для здоровья эффекты при определенных условиях воздействия. Опасность – реально существующее свойство фактора или ситуации, способное вызвать повреждения здоровья. Это свойство может быть представлено как риск при определенной вероятности ее реализации.

Оценка риска для здоровья – процесс установления вероятности развития и степени выраженности неблагоприятных последствий для здоровья человека или здоровья будущих поколений, обусловленных воздействием факторов среды обитания или иных системных рисков.

Опосредованные риски здоровью – риски, не обладающие способностью вызывать заболевание как этиологический фактор, но способные изменять характер и интенсивность действия прямых (медицинских) факторов риска

Популяционный риск – агрегированная мера ожидаемой частоты вредных эффектов среди всех подвергшихся воздействию людей (например, четыре случая заболевания раком в год в экспонируемой популяции).

Предельно допустимый риск – верхняя граница приемлемого риска, превышение которой требует применения дополнительных мер по его снижению.

Приемлемый риск – уровень риска развития неблагоприятного эффекта, который не требует принятия дополнительных мер по его снижению, и оцениваемый как независимый, незначительный по отношению к рискам, существующим в повседневной деятельности и жизни населения.

Риск – вероятность причинения вреда жизни или здоровью граждан, имуществу физических или юридических лиц, государственному или муниципальному имуществу, окружающей среде, жизни или здоровью животных и растений с учетом тяжести этого вреда. Данное определение интегрирует несколько разноплановых понятий о риске (здоровью, окружающей среде, повреждению имущества, повреждению духовной сферы), что соответствует совокупному риску.

Риск для здоровья – вероятность развития угрозы жизни или здоровью человека либо угрозы жизни или здоровью будущих поколений, обусловленная воздействием факторов среды обитания или иных системных факторов риска.

Системные риски здоровью – опосредованные риски, относящиеся к особенностям сложившейся системы управления государством и обществом, способные изменять устойчивость организма к болезнетворным факторам и распространенность заболеваний.

Сравнительная оценка риска – процесс сравнительного анализа степени выраженности различных по своей природе и происхождению неблагоприятных эффектов (влияние на здоровье, условия и качество жизни, духовную сферу и психоэмоциональное состояние), осуществляемый с целью установления приоритетов среди широкого круга проблем, связанных с вредными факторами.

Среда обитания человека – совокупность объектов, явлений и факторов окружающей среды, определяющая условия жизнедеятельности человека и перечень основных факторов риска повреждений здоровья.

Управление риском – процесс принятия решений, включающий рассмотрение совокупности политических, социальных, экономических, моральных, нравственных, медицинских и технических факторов совместно с соответствующей информацией по оценке риска с целью разработки оптимальных решений по устранению или снижению уровней риска, а также способам последующего контроля рисков.

Ущерб (вред) здоровью человека – наблюдаемое или ожидаемое нарушение состояния здоровья человека или состояния здоровья будущих поколений, обусловленное (вызванное) воздействием факторов среды обитания или других факторов, способствующих реализации действия вредных факторов.

Фактор риска – материальный субстрат, носитель риска, при действии на организм которого развиваются в последнем неблагоприятные для здоровья последствия. Факторы риска могут быть прямыми и опосредованными, являться причиной или условием развития заболевания.

Экологический риск – вероятность наступления события, имеющего неблагоприятные последствия для природной среды и здоровья населения, вызванного негативным воздействием хозяйственной или иной деятельности, чрезвычайными ситуациями природного, техногенного и социального характера.

1.2. Концепция системных рисков здоровью

Сумма рисков представляет собой описание обширной картины жизненного пространства человека, повсеместно наполненного опасностями и отображающими их рисками. Риски находятся во взаимодействии друг с другом, могут усиливать или ослаблять действие каждого из них. Реализация опасностей возможна при наличии существующих рисков здоровью. Отсутствие рисков здоровью даже при наличии опасностей не сможет вызвать неблагоприятные изменения здоровья. Сумма рисков, сложившихся в конкретной реалии общества и государства, представляют собой системные риски с определенной структурой и классификацией. Прежде чем приступить к описанию и последующему анализу системных рисков здоровью, важно определить основные условия взаимосвязи трех явлений, присутствующих рискам вообще. Это: опасность – риск – здоровье. Каждый из этих трех явлений может существовать отдельно друг от друга, но при этом, не представляя никакой информации о потенциальной опасности для здоровья. Так, опасность сама по себе не может быть реализована в качестве вреда для здоровья. Риск, будучи не связанным с опасностью, не обладает способностью повредить здоровью. Здоровье в изоляции от опасности и рисков остается постоянным явлением, зависящим только от внутренних свойств живой материи, наполняющей организм и формирующей его жизнедеятельность.

Следует с самого начала определиться в том, что два из этих понятия – опасность и здоровье существуют объективно, являясь реальностью, и могут существовать отдельно друг от друга без видимых последствий. Риск определяется как вероятность реализации опасности и потому не может быть объективной реальностью. Риск не может быть понятийным элементом в системе «опасность – здоровье» без приложения к здоровью. Поэтому для определения понятия риск, равно как и его оценки, в последующем мы будем иметь в виду риск для здоровья.

Связь риска со здоровьем в нашем анализе является приоритетной позицией среди других возможных связей рисков. Например, имеются финансовые риски, которые предполагают материальные потери и риск способен оценить вероятность и даже величину этих потерь. Имеются игровые риски, способные предсказывать в определенной мере выигрыш или проигрыш участвующих в анализе сторон. Имеются политические риски, которые обосновывают правильность принятия решений и связанного с этим поведением сторон. Имеются социальные риски, определяющие правильность векторов развития общества в каждый конкретный период времени и в зависимости от конкретной социально-экономической, политической обстановки. Наконец, есть бытовые риски, от правильной оценки которых зависит благополучие семьи и ее членов.

Список видов рисков может быть продолжен до бесконечности, поскольку их число столь же многообразно, как и число опасностей, встречающихся в жизни общества. Вместе с тем риск повреждений здоровья в каждом из перечисленных типов рисков, на наш взгляд, остается ключевым риском, ибо, что может быть более значимо для каждого из нас, чем здоровье? Ради чего ведется финансовая, политическая, социальная игра с их рисками, если не ради благополучия, в котором здоровье является ключевым. Вероятно, каждый читающий эти строки согласится с данным положением, если быть предельно искренним с самим собой.

В процессе работы над книгой сложилась концепция риска, как основа понимания этого явления и его роли в жизнедеятельности человека. Ранее наши представления о рисках здоровью была изложена в монографии «Анатомия рисков» (1). На наш взгляд концепция риска может быть представлена следующим образом.

Мы часто не различаем такие понятия как «опасность» и «риск». Пузырек с ядом, тщательно закупоренный и хранящийся в закрытом сейфе, представляет опасность, как материальный субстрат, ибо яд есть яд. Если Вы откроете сейф и достанете пузырек с ядом, откроете его и выпьете его содержимое, то произойдет реализация опасности, т. е. произойдет отравление. Этот процесс превращения потенциальной опасности для здоровья и жизни в реальную, и есть риск. Риск как вероятность этого превращения есть основа понимания причин потери здоровья и жизни. Риск определяет возможность, условия и меру превращения потенциальной опасности в реальную. В этой связи целесообразно рассмотреть принципиальную схему взаимодействия трех основных компонентов, составляющих риск жизни или здоровью индивидуума. Это следующие компоненты: а) опасность; б) факторы реализации опасности; в) состояние организма. Знание характеристик каждого из указанных компонентов определяет пути управления рисками. Вот почему знания об опасностях, факторах реализации опасности и чувствительности организма к опасностям, т. е. всего того, что составляет риск, имеют фундаментальный характер в исследованиях здоровья.

За многие годы исследований рисков сложились определенные научные представления о том, что есть риски и как они связаны с обществом и здоровьем, окружающей средой и человеком. Считаю целесообразным привести здесь некоторые из основных теоретических понятий рисков и их определений, с которыми читатель, желающий продолжить чтение этой книги, может познакомиться.

1.3. Классификация системных рисков здоровью

Анализ многочисленной литературы, посвященной рискам, позволяет сделать некоторые обобщения и построить классификацию рисков здоровью по природе их происхождения и конечному результату. Представленная ниже классификация не претендует на завершенность и категоричность, хотя в известной мере поможет систематизировать наши представления о происхождении и последствиях реализации рисков, их систематизации и разнообразии.

Классификация рисков здоровью по природе происхождения может включать следующие классы рисков:

Социальные риски.

Финансово-экономические риски.

3. Транспортные риски.

4. Психозэмоциональные риски.

5. Криминальные риски.

6. Суицидальные риски.

7. Риски эколого-биологические.

8. Риски здоровью и жизни человека.

В каждом из этих классов риска в большей или меньшей степени присутствуют компоненты рисков для здоровья и жизни человека. По конечному результату реализации представленные риски здоровью могут быть сгруппированы следующим образом: летальные, вызывающие острые заболевания, вызывающие хронические заболевания, вызывающие хронические доклинические состояния, ухудшающие качество жизни, ухудшающие демографические показатели.

Возвращаясь к представленной выше классификации рисков по природе их происхождения, нетрудно заметить, что подавляющую часть этого списка занимают риски, которые сами по себе не могут являться причинами различных заболеваний, то есть они не являются этиологическими факторами риска. Последние в основном собраны в 8-м классе «Риски здоровью и жизни человека». Эти риски лежат в основе различных заболеваний и представляют непосредственный интерес теоретической и практической медицины. Такие риски принято еще называть непосредственными или прямыми рисками здоровью.

Непосредственные риски здоровью в свою очередь могут быть разделены на внешние и внутренние риски, врожденные и приобретенные. К внешним рискам относят все те риски, которые окружают человека в процессе его жизни, и которые способствуют реализации различных опасностей. Это могут быть экологические риски, производственные, бытовые и прочие. По своей природе они разделяются на физические, химические и биологические. Соответственно, реализация этих рисков может проявляться в различных повреждениях, травмах, отравлениях, инфекционных и паразитарных заболеваниях.

Внутренние риски скрыты в организме человека и отображают всевозможные нарушения гомеостатических состояний. Наиболее подробно внутренние факторы рисков изучены применительно к развитию ишемической болезни сердца (ИБС) и другим сердечно-сосудистым заболеваниям. Клинически внутренние факторы риска проявляются как повышенное артериальное давление, нарушение ритма сердечных сокращений, повышенное содержание в крови холестерина и его фракций, триглицеридов, глюкозы, содержания и активности отдельных ферментов печени и гормонов эндокринной системы. Большинство из перечисленных внутренних факторов риска являются приобретенными в процессе жизнедеятельности человека, как результат перенесенных заболеваний или неправильного образа жизни, включая питание, производственные вредности, вредные привычки. Врожденные риски

встречаются значительно реже приобретенных, являются следствием генетических нарушений и часто передаются по наследству от родителей детям.

Первые семь классов рисков представлены опосредованными или непрямыми рисками здоровью. Каждый из таких рисков, не являясь этиологическим фактором заболевания, в состоянии оказывать существенное влияние на судьбу взаимодействия опасности и организма. Это взаимодействие происходит через восприимчивость организма к опасности или уровня его резистентности. Вполне понятно, что находясь в неблагоприятных для здоровья условиях, организм не в состоянии сформировать необходимый для противостояния опасности уровень резистентности. Поэтому можно считать, что реализация не прямых факторов риска осуществляется через те системы организма, которые ответственны за его сопротивляемость. Теперь становится понятным, что практически каждый не прямой фактор риска в состоянии оказывать неблагоприятное влияние на здоровье.

Важной особенностью не прямых факторов риска здоровью является их способность формировать единую систему комплексного воздействия. Вполне понятно, что в современном мире человеческое общество практически постоянно, долговременно и непрерывно подвергается не прямым рискам здоровью, и это обстоятельство составляет необходимость детального их анализа.

В процессе ознакомления с не прямыми рисками здоровью стало ясно, что все вместе, действуя на организм отдельного человека или человеческое общество в целом, они представляют собой определенную систему рисков, которая может быть отнесена к системным рискам здоровью. Итак, системные риски здоровью (СРЗ) – риски, которые формируются и распространяются в условиях существующих социально-экономических и правовых реалий, существующих в государстве и обществе в конкретный момент времени. СРЗ отражают отношение власти к проблемам здоровья и представляют особую категорию рисков, подлежащих детальному анализу и осмыслению. При этом целесообразно ответить на следующие вопросы:

1. Распространенность СРЗ в различных категориях общества.
2. Происхождение рисков каждого класса.
3. Ожидаемые последствия для здоровья.
4. Роль государства и общества в формировании и управлении СРЗ.

Забегая вперед, можно отметить следующие обстоятельства, характерные для СРЗ. Не являясь этиологическими факторами развития заболеваний, они создают благоприятную почву для их развития. Поскольку СРЗ имеют в обществе широкое распространение, их влиянию подвержены большие массы населения. Как результат – существенное увеличение заболеваемости населения, независимое от исходного уровня действия прямых факторов риска. СРЗ в состоянии значительно затруднять лечение заболеваний, искажая их клиническую картину и ухудшая исход заболевания. Последнее создает дополнительные проблемы для системы здравоохранения, обеспечения населения качественной медицинской помощью и эффективными лекарственными средствами. Все это в большей степени сказывается на уровне смертности населения, а на фоне низкой рождаемости, также связанной с действием не прямых факторов риска здоровью и недостаточной материальной обеспеченностью молодых семейных пар, неизбежно приводит к депопуляции страны. Последнее уже сейчас имеет тенденцию к прогрессирующему росту и угрозе государственной безопасности.

Неуемная страсть к легкой наживе, получению сверхприбылей, ложь, фальсификация и обман, получившие повсеместное распространение в последние годы в нашем обществе создали необходимые условия к тесному взаимодействию отдельных системных рисков здоровью. Такое взаимодействие, как правило, сопровождается еще большим ухудшением здоровья населения в результате суммации или потенцирования действия каждого из СРЗ.

За примерами такого пагубного взаимодействия отдельных не прямых факторов риска далеко ходить не надо. Стремительная сборка автомобилей импортного производства на территории России привели к небывалому росту автомобилизации населения. Стремление банков к наживе родило непомерный спрос среди незначительно обеспеченных слоев населения на иномарки. Автомобильные кредиты даже при столь высоких процентных ставках зажгли в сердцах простого люда искру реализовать давнишнюю мечту – купить красивый автомобиль иностранного производства, на которых еще совсем недавно ездили только богатенькие. Приобрести такой автомобиль и разъезжать на нем стало не просто престижным (поскольку получило широкое распространение), но и необходимым атрибутом успешной жизни. И не важно, что за пять лет погашения кредита ты заплатишь чуть ли не двойную цену, зато ты за рулем! Только в столице за последние несколько лет прибавились более миллиона автомобилей. Как результат: пробки, нарушение парковок за счет пешеходов, часто с детскими колясками, рост автомобильных выхлопов и значительное ухудшение состояния атмосферы за счет увеличения содержания ядовитых веществ в воздухе, значительное увеличение продаж бензина и числа бензоколонок. В таких условиях только ленивый или сверхчестный не станет производить и продавать фальсифицированный бензин, подменяя нужные ингредиенты на токсичные компоненты. В результате увеличивается загрязнение атмосферы ядовитыми веществами, что сопровождается массовыми отравлениями населения, увеличением легочной и сердечно сосудистой заболеваемости, отдаленных последствий в виде онкологических заболеваний через десять-пятнадцать лет или рождением младенцем с различными нарушениями внутриутробного развития уже через полгода.

Как видим из этого примера, произошло сращение финансово-экономических рисков, транспортных с экологическими и рисками здоровью населения. Автор уверен, что каждый из читателей, ознакомившись с системными рисками здоровью, сможет построить подобные взаимодействия.

Глава 2. Социальные риски

В отношении социальных рисков наиболее часто используют следующие определения (2):

Риск – сочетание вероятности и последствий наступления неблагоприятного события;

Риск – характеристика ситуации, имеющей неопределенность исхода, при обязательном наличии неблагоприятных последствий.

Риск в узком смысле – количественная оценка опасностей, определяется как частота одного события при наступлении другого.

С наиболее распространённой точки зрения, каждый риск (мера риска) в определенном смысле пропорционален как ожидаемым потерям, которые могут быть причинены рисковым событием, так и вероятности этого события.

Обычно «риск» отличают от «угрозы». Угроза – это очень низкая вероятность серьёзного события, которую некоторые аналитики могут быть неспособными оценить при оценке риска, потому что это событие никогда не происходило, и для которого не доступна никакая эффективная профилактическая мера (шаги, предпринимаемые, чтобы уменьшить вероятность или воздействие возможного будущего события). Примерами угрозы могут быть как природные катастрофы (землетрясение, наводнение, цунами, извержение вулкана, лесные пожары), так и антропогенные катастрофы: (ядерная угроза, экологическая угроза).

В методиках оценки социальных рисков, используются следующие термины и понятия. Ниже приведены некоторые из них.

Социальный риск – риск, объектом которого являются социальные права и (или) социальные гарантии.

Анализ социального риска, или социальный риск-анализ – процесс идентификации опасностей и оценки риска для отдельных лиц или групп населения. Анализ социального риска заключается в использовании всей доступной информации для идентификации (выявления) опасностей и оценки риска до наступления определенного события, обусловленного этими опасностями.

Оценка социального риска – процесс, используемый для определения степени риска анализируемой опасности для человека и (или) окружающей его среды. Оценка риска включает анализ частоты, анализ последствий и их сочетание.

Управление социальными рисками – процесс прогнозирования, оценки и минимизации социальных рисков; системный подход к принятию управленческих решений, процедур и практических мер для предупреждения или уменьшения негативных социальных последствий опасности.

Социальные риски по своей сути базируются на социальных факторах, заложенных в основах социального государства. Под социальным государством понимается политическая система, перераспределяющая материальные блага в соответствии с принципом социальной справедливости ради достижения каждым гражданином достойного уровня жизни, сглаживания социальных различий и оказания помощи нуждающимся.

Упоминание о социальном государстве содержится в конституциях и других высших законодательных актах многих стран. Согласно Конституции (ст. 7), Российская Федерация является социальным государством. Главная задача социального государства – достижение такого общественного прогресса, который основывается на закрепленных правом принципах социального равенства, всеобщей солидарности и взаимной ответственности.

Одним из разновидностей деятельности социального государства является социальное обеспечение. Оно направлено на материальную поддержку граждан, утративших средства к существованию из-за болезни, инвалидности, старости, потери кормильца, безработицы

и т. п., а также с особого рода расходами (похороны, утрата имущества в результате пожара и других стихийных бедствий).

Главной задачей социальной политики Российской Федерации являются достижение благосостояния человека и общества, обеспечение равных и справедливых возможностей для развития личности. Эта задача социальной политики Российского государства должна решаться в тесном единстве с его экономической политикой.

Главная задача социального развития российского общества определяет основные направления социальной политики, реализация которых на практике приведет к созданию важнейших элементов социального государства в Российской Федерации. В их число входят: охрана труда и здоровья людей; установление гарантированной минимальной оплаты труда, обеспечение государственной поддержки семьи, материнства, отцовства и детства, инвалидов и пожилых граждан; развитие системы социального обслуживания и здравоохранения; установление государственных пенсий, пособий и иных гарантий социальной защиты.

Несоблюдение государством заложенных в Конституции социальной политики или соблюдение не в должной мере создает основу для возникновения социальных рисков, в частности социальных рисков здоровью. Социальные риски здоровью преимущественно базируются на экономическом статусе государства, желании и возможностях государства строить социальную и экономическую политику в направлении снижения заболеваемости населения.

Анализ многочисленных рисков развития заболеваний, высокого уровня смертности, высокой распространенности различных патологических состояний среди населения (алкоголизм, табакокурение, наркомания и др.) свидетельствует о преимущественной роли экономических факторов, объема материальных средств, выделяемых государством на реализацию социальной политики, материальном обеспечении граждан страны на достаточном уровне для обеспечения факторов, поддерживающих здоровье. К числу таких факторов относят: полноценное и достаточное питание, хорошие условия проживания и труда, возможность приобретения эффективных лекарственных средств в случае заболевания, доступность и оснащенность медицинских учреждений, санитарное образование населения, развитие и прививка культурных навыков и многое другое, что могло бы помочь государству значительно улучшить уровень жизни и здоровья населения страны.

К сожалению, по многим вопросам обеспечения здоровья, перечисленных выше, Российское государство не соответствует социальному государству. Некоторые зарисовки современных социальных проблем, стоящих перед нашим обществом, позволяют продемонстрировать читателю значимость исследований социальных рисков для жизни отдельных людей и общества в целом, для понимания потенциальной опасности для здоровья людей, скрытой в социальных рисках. В этом вопросе мы обратимся к статье Т. Ярыгиной, кандидата экономических наук «Социальные риски – под контроль общества и государства» (3).

Автор полагает, что в последнее время представители власти и экспертного сообщества все чаще говорят об общественном контроле и роли гражданских институтов в этом процессе. Интерес к данной теме явно не ограничивается чисто популистскими или псевдомократическими мотивами. Реальные условия формирования современной конкурентоспособной экономики все настойчивее обращают внимание на роль человеческого капитала в постиндустриальном развитии. А это означает, что социальная сфера перестает быть просто бюджетным бременем и должна обеспечивать дополнительный потенциал экономического роста. Добиться этого можно лишь вместе с обществом и при условии контроля с его стороны, прежде всего за проводимой социальной политикой.

По мнению автора оценки современных социальных трендов свидетельствуют о парадоксальном явлении. С одной стороны, экономическая стабильность последних лет обеспечила рост благосостояния населения, характеризующийся привычными для нас коли-

чественными показателями, такими как рост реальных денежных доходов, расширение личного потребления населения, повышение потребительских стандартов, увеличение сбережений населения при одновременном росте потребительских кредитов. С другой стороны, реже используемые в оценке результатов деятельности и потому пока менее привычные показатели качества жизни, существенно ухудшились. В частности, сохраняется высокая степень дифференциации экономического положения различных социальных групп населения, сократилась ожидаемая продолжительность жизни, ухудшилось состояние здоровья населения, сохраняется высокий уровень преступности.

Принимая во внимание, что заработная плата является основным источником доходов большинства россиян и составляет две трети структуры доходов всего населения, вполне естественно, что ситуация, сложившаяся на рынке труда, оказала доминирующее влияние на масштабы распространения бедности. Сформировались целые отрасли, воспроизводящие бедность. Прежде всего, к ним относятся организации и учреждения бюджетного сектора экономики: здравоохранение, физкультура и социальное обеспечение, образование, культура и искусство. Еще одна группа отраслей, продуцирующих бедность – это отрасли с низким уровнем конкурентоспособности продукции. Таким образом, неэффективная экономика стала хроническим очагом распространения российской бедности.

Сформировалась застойная самовоспроизводящаяся бедность, имеющая свою инфраструктуру. В соответствии с методикой Всемирного банка устанавливается специальный уровень дохода, позволяющий определить величину наиболее глубокой или экстремальной бедности. Так, для России критерием отнесения к экстремальной бедности считается величина дохода не более 2,15 доллара на человека в день. В соответствии с этим критерием к категории экстремально бедных в 2003 году относилось 5 % российских граждан. В соответствии с индексом человеческого развития Россия занимала на тот период 62 место в мире. К

социальным рискам могут быть отнесены и критерии социального благополучия индивидов и социальных групп. К таким рискам относят риск преждевременной смерти, связанный с плохой экологической обстановкой, вредными условиями труда, неудовлетворительными бытовыми условиями жизни, различные дефекты и дефициты питания, психологический стресс, высокая распространенность инфекционных заболеваний, включая ВИЧ/СПИД, туберкулез и другие заболевания. Россияне живут в среднем минимум на десять лет меньше, чем население экономически развитых стран. По-прежнему, сохраняется угроза нищеты, например, для населения депрессивных территорий или районов с тяжелыми климатическими условиями. Наконец распространение таких явлений как, преступность, коррупция, терроризм, создают угрозу не только здоровью, собственности, но и жизни граждан.

2.1. Экономические аспекты социальных рисков

Неравномерное распределение размеров заработной платы среди населения, создание групп богатых и сверх богатых людей на фоне полунисщенского существования основной массы населения России является одним из наиболее существенных социальных рисков здоровью. Следующие цифры подтверждают это положение. Так, например, среднемесячная зарплата сотрудников администрации президента России в первом полугодии 2013 года составила 171 340 рублей, сообщает Росстат. Сотрудники аппарата правительства получают не намного меньше – в среднем, 167 382 рублей в месяц. Сразу после возвращения в Кремль в мае 2012 года президент Владимир Путин подписал указ, приравнявший зарплаты сотрудников администрации президента к окладам военнослужащих. Это означало рост действующих зарплат практически вдвое. Вслед за этим, для устранения «несправедливости», подняли и зарплаты сотрудников Белого дома. Как рассказывал источник Forbes, чиновникам аппарата правительства «по умолчанию» стали платить вместо пяти окладов ежемесячно около 20. После этого был принят указ и о повышении зарплат аппаратчиков: их тоже приравнивали к военным, только каждую должность в аппарате сравнивали с военными на уровень ниже, чем у администрации президента.

По проекту федерального бюджета на 2014–2016 год зарплата федеральных чиновников к 2018 году вырастет в 2,6 раза. На это планируется потратить 135 млрд. рублей, несмотря на дефицит бюджета. Складывается впечатление, что увеличивая зарплаты госслужащим, государство рассчитывает «прикормить» чиновников. Напомним, в своем инаугурационном указе «О совершенствовании системы госуправления» президент РФ Владимир Путин требовал, чтобы оклады чиновников были конкурентными на рынке труда. При этом, по данным Росстата в последнее время федеральные чиновники, работающие в Москве, в среднем получают 60,2 тысячи рублей, средние зарплаты в администрации президента составляют 166,1 тысячи рублей, в правительстве – 162,9 тысячи рублей.

В противовес этим данным не менее интересна статистика Федеральной службы государственной статистики РФ, проведенной в 2010 г. исследования распределения доходов среди различных слоев населения России. Мы имеем следующую картину:

- в крайней нищете живут 13,4 % населения с доходом ниже 3422 рубля в месяц;
- в нищете живут 27,8 % населения с доходом от 3422 рублей до 7400 рублей в месяц;
- в бедности живут 38,8 % населения с доходом от 7400 рублей до 17000 рублей в месяц;
- «богатыми среди бедных» являются 10,9 % населения с доходом от 17000 рублей до 25000 рублей в месяц;
- на уровне среднего достатка живут 7,3 % населения с доходом от 25 000 рублей до 50000 рублей в месяц;
- к числу состоятельных относятся граждане с доходом от 50 000 рублей до 75 000 рублей в месяц. Их число составляет 1,1 % населения России;
- так называемые богатые составляют 0,7 % населения. Их доходы оцениваются свыше 75000 рублей в месяц.

Из приведенных данных видно, что первые три группы (нищие, в том числе живущие в крайней нищете, и бедные) составляют ровно 80 % населения современной России. Это почти 113 миллионов человек.

Теперь о финансировании государством системы здравоохранения. Расходы российского государства на содержание системы здравоохранения в течение ближайших двух лет будут снижены практически на 18 процентов – сообщает med-info.ru, опираясь на информацию, опубликованную Министерством финансов. Так, согласно опубликованному доку-

менту, в котором расписана бюджетная политика России на 2013 год, а также планы на ближайшие 2014 и 2015 годы, уже в 2013 году государственное финансирование системы здравоохранения будет снижено на 8,7 процентов в сравнении с бюджетом текущего года.

А если посчитать общее снижение за все три года, то экономия бюджетных средств составляет практически 22 процента. Благодаря такому снижению бюджета на систему здравоохранения, с каждым годом будет снижаться и процентное соотношение к ВВП финансирования здравоохранения. К примеру, в 2009 году система здравоохранения получила 3,5 процента от ВВП, а в 2011 эта цифра составила только 2,99 процентов. Одновременно с этим эксперты отмечают увеличение финансирования структур, обеспечивающих государственную безопасность. К примеру, финансирование полиции планируется увеличить в 2,2 раза.

Несмотря на это официальная статистика сообщает о постоянном росте объемов финансирования системы российского здравоохранения. К примеру, в 2008 году на здравоохранение государство потратило 1,2 триллиона рублей, а в 2011 – уже 1,6 триллионов рублей. Одновременно с этим социологические опросы отмечают, что значительное большинство (65 процентов) российских граждан остаются неудовлетворенные качеством получаемой медицинской помощи. Официальная статистика говорит о сокращении поликлиник в России – за 10 лет на 20 процентов, а стационарных лечебных заведений – на 40 процентов. Такое резкое снижение количества ЛПУ нельзя объяснить уменьшением населения России, которое составило всего 2 процента за этот период. Недостаток финансирования медицины приводит и к кадровым проблемам, которые имеются в российских медицинских заведениях, несмотря на то, что по количеству дипломированных специалистов Россия занимает пятое место в мире.

У государства значительно сократились возможности для бесплатной медицинской помощи населению.

Число больниц и поликлиник в стране всего за семь последних лет сократилось почти на две тысячи, или на 15 %.

По данным Всероссийского мониторинга качества жизни, индекс доступности медицинской помощи в России оказался одним из самых низких среди всех компонентов качества жизни россиян. На здравоохранение в России тратится немногим более 2,2 % бюджета страны, в Швейцарии, Германии, Франции – по 10,7 %, Нидерландах – 8,1 %, Великобритании – 7,3 %. Расходы на душу населения в России составляют около 120 долл. США (при том, что за последние десять лет они возросли почти в два раза). В Германии на одного человека тратится 2476 долл., во Франции – 2125, в Греции – 1397 долл. США.

Проблемы эффективности здравоохранения – соотношения эффекта и затрат – актуальны для всех без исключения стран мира. Большинство стран применяют такой показатель, как процент от валового внутреннего продукта (ВВП), поступающий ежегодно на покрытие расходов здравоохранения. Более объективно картина складывается при использовании уточненного показателя – процента от ВВП, отражающего объем бюджетных расходов на здравоохранение. Ее общепринятое минимальное значение 5 %. Если расходы бюджета государства на здравоохранение ниже, то согласно рекомендациям ВОЗ уровень финансирования здравоохранения в стране считается критическим. Сравнение расходов на здравоохранение в европейских странах, вступивших на путь рыночной экономики либо прочно стоящих на этом пути, показало, что объем и динамика расходов per capita и в процентах от ВВП в течение 1999–2006 гг. значительно отличались. В странах «старого» Европейского Союза (Австрия, Дания, Франция, Греция, Испания, Германия, Португалия, Швеция, Великобритания и Италия) расходы per capita составляли 2000–3500 долл. США (8–11 % ВВП) и в течение анализируемого 8-летнего периода выросли. В «новых» странах (Чехия, Болгария, Эстония, Литва, Латвия, Польша, Румыния, Словакия, Венгрия) расходы находились в пре-

делах 500—1500 долл. США (5–8 % ВВП). В странах Европы, не относящихся к Евросоюзу, расходы составили 150–650 долл. (до 5–7 % ВВП) соответственно.

На вопрос еженедельника «Мир новостей» оставалась ли наша страна в 2013 году социальным государством, создавались ли в ней условия для достойной жизни, эксперты ответили следующее. Так, директор региональной программы «Социальный атлас российских регионов» Независимого института социальной политики сказал: «Оппоненты тех, кто считает, что мы живем в несоциальном государстве, приведут такие цифры: в среднем 64 % всех расходов бюджетов субъектов Федерации – социальные расходы, а в 18 регионах они выше 70 %. Это указывает на то, что мы живем в социальном государстве, хотя, по большому счету, это какое-то уродливое социально-региональное государство, в котором федеральный центр мало за что хочет отвечать. Регионам приходится выпрыгивать из штанов и обрубать расходы на другие значимые программы, чтобы только выполнить указы президента, который не устает повторять, что мы живем в социально ориентированном государстве. Справиться с поставленными задачами регионы не могут в принципе, поэтому вынуждены активизировать два процесса: сокращать учреждения, оказывающие социальные услуги, и сокращать занятость в них. В связи с этим территориальная и временная доступность для населения в социальных услугах ухудшается, неизбежно растет их платность. В 2013 г. это стало происходить особенно заметно.

Мы настроили дорогих высокотехнологичных медцентров. Те из них, что сидят на федеральном бюджете, еще держатся на плаву. Те, что на региональном, – загибаются, потому что местные бюджеты не выдерживают дополнительной нагрузки на текущие расходы (бинты, лекарства, шприцы, оборудование, специалисты и т. д.). При всем при этом понятно, что пособия для населения сокращать не будут. Впрочем, есть масса других способов ухудшить положение получателей этих пособий. Например, федеральный центр оставил себе ветеранов войны (категория, которая со временем исчезнет), инвалидов и чернобыльцев. Остальных отдал регионам. А те физически не могут индексировать пособия и выплаты свалившимся им на голову льготникам. Социальное напряжение будет расти, потому что нельзя 10 лет обещать, что все будет хорошо, твердить, что мы встали с колен, а потом исподтишка ухудшать жизни граждан.

Власти плевать на мнение населения, которое нищает на фоне увеличивающихся до каких-то нереальных высот зарплат чиновников. В цивилизованном государстве такой номер не мог бы пройти. Он возможен только в России».

Андрей Бунич, кандидат экономических наук, глава Союза предпринимателей и арендаторов России: «Социальное государство планомерно демонтируется. Раньше конъюнктура мировых рынков позволяла делать этот процесс хотя бы постепенным. В последнее время он стал нарастать лавинообразно, потому что денег в бюджете уже нет. Придется сокращать расходы не только в реальном, но и в номинальном выражении и в основном на социальные нужды. Система ЖКХ с ее придуманными социальными нормами потребления полностью вышла из-под контроля. Все тяжелее финансировать образование и здравоохранение – в силу увеличивающегося разрыва между федеральным и региональными бюджетами. Переваливая на местный уровень социалку, федеральная власть только усугубила крах социального государства. То, что мы узнали об отъеме накопительной части пенсии, – из того же разряда антисоциальных инициатив государства. Причем отъем этот начался еще 10 лет назад, когда была введена накопительная система, оказавшейся, по сути, разорительной. С учетом инфляции и отсутствия доходности в пенсионных накоплениях деньги планомерно превращались в пыль. Накопленные сто рублей, которые, как обещали, должны были превратиться в 300, через 10 лет «усохли» до 20 рублей. При этом финансовые посредники прокручивали деньги и получали прибыль, а гражданам сейчас показывают кукиш. Пенсионная реформа потерпела фиаско, стала черной дырой, в которую проваливаются и где обесценива-

ются деньги пенсионеров, но власти не хватает силы воли признать это. Государство экономически себя исчерпало и, условно говоря, не в состоянии зарабатывать деньги, чтобы обеспечить достойное существование своим гражданам. Идти в бизнес никто не хочет, потому что на каждого предпринимателя – 11 полицейских, налоговиков и прочих проверяющих. Когда жалкая кучка людей, умеющих что-то производить, из последних сил пытается создать добавленную стоимость, а огромное число нахлебников в виде чиновников распределяет ее в силу своей распушенности – это уродливая модель государства.

Когда в стране экономическое положение ухудшается, понятно, что всем денег не хватает. Значит, надо подкормить тех, кто ближе к власти. Эти люди не хотят понимать, что происходит за пределами их комфортного существования. Привыкшие к хорошей жизни чиновники не хотят жить хуже. По их мнению, хуже может жить только народ. Он все стерпит».

Ирина Ясина, экономист, публицист, правозащитник: «...что происходит в государстве, которое якобы берет на себя социальные обязательства? Например, жительница Нижнего Новгорода, не получив жизненно важного лекарства для ребенка, больного мукополисахаридозом, написала возмущенное письмо в Минздрав России, задавая вопрос: если государство должно обеспечивать лекарствами, почему этого не делает? Ответ был таким: конечно, лекарство ребенку полагается, но его покупку должен профинансировать региональный бюджет. Женщина подала в суд, выиграла его, но лекарства все равно не получила, потому что местное министерство здравоохранения не в состоянии выполнить решение суда. Это пример – что сейчас происходит во многих сферах нашей жизни. То есть Минздрав (Минобр, Минрегион, далее по списку), зная, что в региональных бюджетах нет денег, все равно отправляет людей в регионы.

У России вся система налогообложения построена таким образом, что все основные налоги уходят на федеральный уровень, а уже оттуда центр решает, сколько какому региону выделить. В результате выделяет на Универсиаду, саммит АТЭС, олимпиаду, чемпионат мира по футболу, готов биться за то, чтобы в 2024 году летняя Олимпиада проходила в Петербурге... Наше государство не имеет никакого отношения к социальному, потому что позволяет себе такие мегапроекты и не стесняется повышать зарплаты чиновникам высокого ранга, при этом оставляя в смертельной опасности детей в стране. Это жестокое лицемерие, прикрываемое словами о доброте и равенстве».

Георгий Сатаров, политолог, социолог, профессор РАНХиГС, президент фонда прикладных политических исследований «ИНДЕМ»: «Социальное государство означает, что власть берет на себя некие серьезные социальные обязательства и выполняет их. Речь вовсе не идет о всеобщем равенстве и благополучии, потому что социального равенства в природе не существует вообще.

Есть только некие механизмы сглаживания социального неравенства.

Россия никогда не была социальным государством. Эта норма никогда не выполнялась: в 90-е годы – потому что не было денег, в нулевые – потому что их разворовывали, когда они появились. Наличие огромного количества денег немного улучшило минимальные социальные обязательства – стали вовремя платить зарплату и пенсию. Однако этими скромными подарками все и ограничилось.

Что не разворовывалось, шло на охрану власти, прикармливание полицейских и армии. На здравоохранение и образование оставались крохи, попала под прицел пенсионная система. По мере того как этот пирог будет сжиматься, от социальной вообще ничего не останется» (4).

Сказанное выше с успехом можно отнести и к 2014, и к 2015 годам. Разница лишь в том, что в последнее время об этом стали реже говорить и писать тем более. У государства возникло много других проблем и рисков.

2.2. Социально-обусловленные риски здоровью

Важно знать, как такое печальное состояние социальной политики государства сказывается на состоянии здоровья граждан России. ВОЗ приводит данные о частоте 10 главных факторов риска в структуре показателей общей смертности в России в 2002 г. За 8 лет с 2002 до 2010 гг. общая смертность населения России упала всего на 9 % до 2 млн. 31 тыс. человек.

Доля 10 социально-обусловленных главных факторов риска в общей смертности (в процентах) в России в 2002 г. по данным ВОЗ выглядит следующим образом:

- 1-е место: высокое артериальное давление, 35,5;
- 2-е место: высокое содержание холестерина, 23,0;
- 3-е место: курение, 17,1;
- 4-е место: редкое употребление фруктов и овощей, 12,9;
- 5-е место: высокий индекс массы тела, 12,5;
- 6-е место: алкоголь, 11,9;
- 7-е место: малоподвижный образ жизни, 4,8;
- 8-е место: загрязнение воздуха в городах, 2,2;
- 9-е место: наркотики, 2,2;
- 10-е место: небезопасный секс, 1,0

Особую важность оценка социальных рисков и здоровья населения приобретает при анализе последствий реформ в России в целом. Несмотря на ряд достижений в политической и социально-экономической сфере, налицо появление в обществе совершенно новых социально опасных явлений и тенденций. Ниже приведен перечень негативных последствий, которые становятся факторами риска сохранения и развития человеческого потенциала и обеспечения безопасности жизнедеятельности общества:

- неблагоприятная экологическая обстановка;
- обнищание и резкое расслоение финансового обеспечения населения;
- появление безработных и все большего числа бездомных, беженцев, беспризорных детей;
- бедственное положение пожилых людей и инвалидов;
- снижение доли бесплатной медицинской помощи и ее доступности для населения;
- увеличение смертности и падение рождаемости;
- беспрецедентный рост преступности, алкоголизма и наркомании среди части населения (особенно молодежи);
- высокий процент хронических заболеваний.

Социальные риски и употребление алкоголя. В 2009 г. смертность от отдельных причин, связанных с употреблением алкоголя (хронический алкоголизм, алкогольные психозы, алкогольная болезнь печени, случайные отравления алкоголем, алкогольная кардиомиопатия, дегенерация нервной системы, вызванная алкоголем, хронический панкреатит алкогольной этиологии), была в нашей стране одной из самых высоких в мире: 48 случаев на 100 тыс. человек (у мужчин – 77, у женщин – 24) (Д. Заридзе и др.) (5). Неумеренное употребление алкоголя в последние годы в нашей стране обусловило более половины смертей в группе трудоспособного населения в возрасте от 15 до 54 лет. При этом учитывались смерти не только от прямого действия алкоголя, но и алкоголь ассоциированные смерти от травм, несчастных случаев, убийств и самоубийств, злокачественных новообразований пищевода и гортани, рака печени, туберкулеза и пневмонии.

Смертность от внешних причин в 2010 г. составила в России 144 случая на 100 тыс. человек (в 2009 г. – 158, в 2008 г. – 172). Это в 4 раз больше, чем в «старых» странах Евросоюза, и в 2,3 раза больше, чем в «новых» (соответственно 34,2 и 62,3 случая на 100 тыс. человек).

Чрезмерное потребление в России алкогольных напитков составляет огромную долю в смертности от внешних причин (59 % у мужчин и 43 % у женщин) как напрямую (смерть вследствие отравления алкоголем), так и косвенно – ведет к дорожно-транспортным происшествиям, становится причиной насильственной смерти и т. д. В состоянии опьянения находилось большинство убийц и/или их жертвы, а также около половины самоубийц. Случайные отравления алкоголем – одна из основных внешних причин смертности в России. Алкоголь – сильное психотропное вещество; прием 400 г даже качественного спирта в течение 1 ч может привести к смертельному исходу. Поэтому сама доступность спирта делает его опасным. В 2010 г. смертность в результате случайного отравления алкоголем составила 10 на 100 тыс. человек (в 2009 г. – 15, в 2008 г. – 17). При этом в 2009 г. смертность населения в трудоспособном возрасте от этой причины была значительно выше и равнялась 18,9 (у мужчин – 30,6, у женщин – 6,7) на 100 тыс. человек трудоспособного возраста. В городе смертность населения трудоспособного возраста составила 16,5 (у мужчин – 27,1, у женщин – 5,7), на селе значительно выше – 25,8.

По данным Роспотребнадзора, с 1990 по 2006 г. потребление алкоголя на душу населения в РФ выросло не менее чем в 2,5 раза. В основном это произошло за счет увеличения потребления пива (в структуре продажи алкогольных напитков доля пива возросла с 59 % в 1990 г. до 76 % – в 2006 г.). Ежедневно в РФ пьют алкогольные напитки (включая пиво) 33 % юношей и 20 % девушек, около 70 % мужчин и 47 % женщин.

В большинстве стран ОЭСР¹ и в США уровень употребления алкоголя меньше, хотя он также высокий, но это не сопровождается аномально высокой смертностью. Причины в том, что разные виды алкогольной продукции оказывают разное влияние на здоровье, при этом важным фактором риска является крепость наиболее популярного в стране напитка. Потребление крепких алкогольных напитков в абсолютных цифрах в РФ с 1990 г. не уменьшилось, хотя в структуре потребления их доля сократилась до 15 % из-за резкого увеличения потребления пива. В большинстве стран ЕС главными алкогольными напитками являются вино и пиво. Именно это различие наряду с массовым распространением курения считается главной причиной высокой смертности мужчин трудоспособного возраста в России.

Социальные риски и курение. По оценкам Центра профилактической медицины Минздрава России, 220 тыс. человек в год в стране умирают от болезней, связанных с курением табака. Курение вызывает рост болезней системы кровообращения, приводит к хроническим заболеваниям легких и многим онкологическим болезням. Курение является причиной 90 % смертности от рака легкого, 75 % – от болезней органов дыхания, 25 % – от болезней сердца. Примерно, 25 % курильщиков умирают преждевременно: в среднем курение сокращает ожидаемую продолжительность жизни на 10–15 лет. До 40 % смертности российских мужчин от болезней системы кровообращения связано с курением.

В период 1990–2009 гг. продажа сигарет выросла в 1,6 раз с 246 до 400 млрд. штук в год или с 1,7 до 2,8 тыс. штук на душу населения в год. Следует отметить, что в период 1990–1995 гг., произошло некоторое снижение потребления сигарет (на 20 %), однако уже в период 1995–2005 гг. рост потребления увеличился в 2 раза и на этом уровне он остается последние годы.

¹ ОЭСР – организация стран экономического сотрудничества и развития; объединяет 30 стран, в том числе ряд стран ЕС, США, Канаду, Японию, Корею, Австралию, Мексику и Нидерланды.

В России сегодня курят более 40 млн. человек: 63 % мужчин и 30 % женщин, 40 % юношей и 7 % девушек. Доля курящих среди взрослого населения одна из самых высоких в мире и в 2 раза больше, чем в США и странах Евросоюза.

Курение является предотвратимой причиной заболеваний и смертей в России. Очень важно, что Россия в 2008 г. наконец ратифицировала Рамочную конвенцию по борьбе с курением, которую сегодня из 192 стран-членов ООН уже подписали 172.

Многие эксперты отмечают, что принятые нашей страной в 2009 г. антитабачные законодательные меры недостаточно строгие по сравнению с нормами, принятыми в развитых странах.

Во многих странах мира (США, странах ЕС) действуют национальные программы по борьбе с курением. Их реализация позволила в 1,5–2 раза снизить распространенность курения и связанную с ним смертность (ВОЗ, 2005) (6, 7).

Социальные риски и употребление наркотиков. Ежегодно десятки тысяч россиян умирают от наркотиков. В России насчитывается от 2 до 2,5 млн. наркоманов. Средний возраст умирающего наркомана – 28 лет.

По количеству наркоманов Россия опережает государства Евросоюза в среднем в 5–8 раз. А по потреблению тяжелых наркотиков занимает одно из первых мест в мире.

Россия ежегодно потребляет 75–80 тонн афганского героина, число наркоманов в России увеличилось за последние 10 лет в 10 раз, а умирают от наркотиков 30 тыс. человек в год – это больше, чем потери Советской армии за 10 лет Афганской войны. Для сравнения – во всей Европе от тяжелых наркотиков ежегодно умирают 5–8 тыс. человек.

С 1995 г. число лиц, зарегистрированных в медицинских и профилактических организациях с диагнозом наркотической зависимости, увеличилось в 5 раз и составило в 2008 г. 353 тыс. человек. С учетом числа зарегистрированных в учетных списках различных общественных организаций (340 тыс. человек) общее число употребляющих наркотики может составлять более 600 тыс. человек. Ежегодно регистрируют около 30 тыс. впервые выявленных случаев, 850 случаев – среди подростков. Однако экспертные оценки показывают, что реальное число лиц с наркотической зависимостью в России превышает официальные данные в 5–8 раз. Среди употребляющих наркотики внутривенно риск смерти в 20 раз выше, чем в популяции; именно с такой наркотической зависимостью связан рост подростковой смертности в России.

Сегодня нет смысла каждый раз доказывать, что наркотики – это не только серьезный вызов обществу или социальному порядку, а настоящая национальная беда современной России.

По оценкам экспертов, в настоящее время в той или иной степени проблема наркомании на территории Российской Федерации затрагивает около 30 миллионов человек, то есть каждый пятый россиянин – наркоман. В стране не осталось ни одного региона, где бы ни были зафиксированы случаи употребления наркотиков или их распространения. Особенно страшно то, что наркомания захватывает детей и подростков. В 2011 году в России специализированными наркологическими учреждениями зарегистрировано более 17 тысяч детей и свыше 122 тысяч подростков, страдающих наркологическими расстройствами. Наркотические средства и психотропные вещества открыто распространяются вблизи общеобразовательных учреждений: школ, профессиональных технических училищ (ПТУ), лицеев, университетов. Лидирующее место среди подростков – потребителей наркотиков занимают учащиеся школ, лицеев, гимназий – 35,3 %, далее следуют учащиеся ПТУ – 14,5 % и студенты – 7,3 %. От потребления наркотиков ежегодно умирает несколько десятков тысяч человек в возрасте до 30 лет. Каждый год в России на этот печальный путь встает 80 тыс. новых наркоманов, чтобы заменить выбывших из списков, треть из которых умирает. То есть каж-

дые сутки в стране уходит из жизни 82 человека призывного возраста, в год – около 40 тыс. человек, что в 2 раза больше, чем за все 10 лет войны в Афганистане. Более того, 90 % россиян, страдающих от наркозависимости, – потребители героина. По доле населения, вовлеченного в злоупотребление опиатами, наша страна опережает многие государства Евросоюза в среднем в 5–8 раз, а Германию – в 20 раз. Этот скачок произошел менее чем за двадцать лет.

На долю российских наркоманов приходится 21 % всего производимого в мире героина. Из Афганистана в Россию ежегодно контрабандно ввозится и потребляется гражданами нашей страны не менее 75–80 тонн афганского героина.

В стоимостном выражении потребление наркотиков в России оценивается в 100 миллиардов рублей в год, и оно, как отмечают эксперты, продолжает расти быстрыми темпами. Моральный же ущерб российскому обществу вообще не поддается никакому подсчету. Наркомания в России продолжает «молодеть». По последним данным, более 60 % наркоманов – люди в возрасте 18–30 лет и более 30 % – школьники. Средний возраст приобщения к наркотикам в России составляет 14–16 лет, но участились случаи первичного употребления наркотиков детьми 10–12 лет. Отмечены и факты употребления наркотиков, в частности, в столице, детьми 6–7 лет.

В прошлом году при проведении медицинских обследований, связанных с призывом на военную службу, в целом по стране было выявлено около 14 тысяч призывников, допускающих немедицинское потребление наркотиков. За последние пять лет за незаконный оборот наркотиков было осуждено почти 500 тысяч человек. Вместе с задержанными и подвергнутыми уголовному преследованию за совершение наркопреступлений это сопоставимо с числом военнослужащих Российской Армии.

Социальные риски и СПИД. Еще в 1984 г., когда количество зарегистрированных случаев заболевания исчислялось сотнями, многие исследователи сомневались в том, что люди имеют дело с этиологически самостоятельным и ранее неизвестным заболеванием. Однако спустя десятилетие, к середине 1994 г., стало известно, что 2 млн. жителей земли уже умерли от СПИДа. Только в США за первые 6 недель 1996 г. от СПИДа умерло 4357 человек.

Во многие страны СПИД в сообщество гомосексуалистов попал из США. Распространению заболевания «по линии гомосексуалистов» способствовал так называемый секс-туризм, весьма распространенный как среди гомосексуалистов, так и среди других «сексуально активных» групп, представляющих немалую опасность как источник распространения венерических болезней.

В настоящее время в мировой литературе более или менее подробно рассматривается шесть групп или контингентов риска, имеющих наибольшее социальное и медико-биологическое значение в проблеме СПИДа. Первую группу риска составляют наркоманы, причём не все, а только те, которые принимают наркотики посредством введения их шприцем. Вполне понятно, что групповое применение нестерилизованных шприцев и игл к ним, а также введение наркотика через недезинфицированную кожу или прямо через одежду, использование для введения нестерильного продукта, часто получаемого из загрязнённых полуфабрикатов, – всё это чревато заражением не только ВИЧ, но и возбудителями других заболеваний (сифилиса, вирусного гепатита, гноеродных инфекций).

Вторую по значению группу риска составляют гомо – и бисексуалисты (сначала она считалась первой). Наибольшая интенсивность распространения вируса представителями этой группы сексопатологами и эпидемиологами объясняется тем, что при половом контакте у них чаще возникают трещины слизистой оболочки прямой кишки или анального отверстия, в результате чего вирус легко проникает в кровь. В этом отношении, видимо, необходимо отметить ещё и то, что нормальный половой контакт между мужчиной и женщиной,

имевший место физиологически предусмотренным путём, редко приводит к нарушению целостности слизистых оболочек или кожных покровов, т. е. редко создаёт возможность проникновения вируса в кровь. В противном случае, когда половой контакт происходит не по нормальным путям (в том числе и через прямую кишку), возможность попадания ВИЧ в кровь полового партнёра существенно возрастает. Кроме того, на слизистой оболочке прямой кишки имеются дополнительные рецепторы для ВИЧ, которых нет на слизистых оболочках половых органов.

Третью, очень важную с позиции сегодняшнего дня, группу риска составляют проститутки и лица, ведущие беспорядочную половую жизнь, т. к. те и другие имеют множество половых партнёров, среди которых могут оказаться и заражённые вирусом иммунодефицита.

Следующая официально признанная группа риска – люди, которым были произведены переливания крови. Однако при этом необходимо сразу же подчеркнуть, что гемотрансфузии были опасными в плане передачи ВИЧ только до того времени, пока не стал обязательным контроль донорской крови. В большинстве стран такой лабораторный контроль введён с 1985 года. К сожалению, из-за большой продолжительности инкубационного периода при СПИДе следует помнить о возможности регистрации новых случаев этой инфекции ещё через несколько лет у больных, которым было выполнено переливание крови.

Явную группу риска составляют жители тех стран и территорий, где СПИД распространён очень широко. Например, уже в первых американских публикациях было отмечено, что значительную часть больных СПИДом составляют жители

Гаити и жители некоторых других островов Карибского бассейна.

О масштабах распространённости СПИД в Российской Федерации свидетельствуют следующие величины. Так, по данным, приведенным руководителем Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом академиком РАМН профессором Вадимом Покровским в конце 2011 г. было зарегистрировано 650 165 инфицированных ВИЧ, а до 31 марта 2012 г. было зарегистрировано уже 665590 человек больных СПИД (<http://www.medvestnik.ru/>).

Для того чтобы спасти ВИЧ-инфицированных от заболевания СПИДом, считает академик Покровский, и тем самым приостановить его распространённость, необходимы значительные средства. В России стоимость курса годового лечения одного человека от ВИЧ-инфекции составляет \$4 тысяч, тогда как в развитых странах такой курс стоит \$400 тысяч. В 2003 году на федеральную программу «АнтиВИЧ-СПИД было выделено всего 115 миллионов рублей. Этих денег хватило только на лечение 500 больных, причем 40 % выделенных денег ушло на лечение больных, 40 % – на предупреждение передачи ВИЧ от матери к ребенку и только 20 % – на профилактику заболевания.

«Эпидемия ВИЧ/СПИД в России развивается быстрыми темпами и по многим параметрам приобретает необратимый характер: постоянно увеличивается число новых выявленных случаев ВИЧ-инфекции, растет число ВИЧ-инфицированных с проявлениями СПИДа», – говорится в материалах Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом. «При сохранении таких темпов роста ВИЧ-инфекции можно ожидать, что уже в конце 2015 г. число зарегистрированных случаев достигнет 1 млн. человек», – отмечается в материалах центра.

Вадим Покровский подверг жесткой критике действия властей по борьбе с распространением ВИЧ. По его словам, с начала 2000-х в большинстве стран мира эпидемия ВИЧ пошла на спад, но в России до сих пор обратная ситуация. «На 1 мая 2015 года диагноз „вирус иммунодефицита человека“ был поставлен 933 тыс. россиянам, если учитывать 192 тыс. уже умерших от этой болезни, – обнародовал данные господин Покровский. – В нашей стране ежедневно выявляется 300 новых случаев заражения. Думаю, к концу года мы получим мил-

лион официально зарегистрированных ВИЧ-инфицированных. Если ситуация не изменится, то через четыре-пять лет эта цифра удвоится».

Покровский подчеркнул, что эпидемия ВИЧ стала реальной национальной угрозой, поскольку вирус наиболее распространен среди самой трудоспособной категории граждан. Сейчас в России ВИЧ-инфицированы 2,5 % мужчин в возрасте 30–35 лет и 1,2 % женщин того же возраста. «Официальные данные можно умножить минимум на два, так как болезнь долго протекает бессимптомно, поэтому множество людей даже не подозревает, что уже заражено», – заявил Вадим Покровский. Он пожаловался, что россияне не считают необходимым регулярно сдавать тесты на ВИЧ, так как в обществе до сих пор существует стереотип, будто вирус угрожает только гомосексуалистам и наркозависимым. Но из выявленных в 2014 году случаев заражения только 1,2 % вызвано гомосексуальными контактами, 57,3 % – из-за инъекционного употребления наркотиков, а 40,3 % заразились при гетеросексуальных контактах. «Сейчас главная группа риска – молодые женщины, которые живут в гражданском браке», – предупредил медик.

В 2014 году от последствий ВИЧ умерли 24,4 тыс. человек. «Это сравнимо с количеством погибших в ДТП, – сделал вывод господин Покровский. – Но если для борьбы с авариями правительство разработало госпрограмму, то системной борьбой с эпидемией ВИЧ никто не занимается. Нет даже конкретного чиновника, который отвечал бы за это направление». По данным ГИБДД, в 2014 году на дорогах погибли 26,9 тыс. человек, а правительство РФ утвердило ФЦП «Повышение безопасности дорожного движения» на 2013–2020 годы, выделив 33 млрд. руб.

«Минздрав, – указывает Вадим Покровский, сконцентрировался на лечении тех, кто уже заболел: 18 млрд. руб. выделено на закупку лекарств для антиретровирусной терапии, которую получают 200 тыс. из 721 тыс. человек, живущих с ВИЧ. Бюджет готов лечить около 30 %, но из мирового опыта известно: чтобы замедлить любую эпидемию, надо регулярно пролечивать минимум 70 % заболевших».

(<http://www.kommersant.ru/doc/2725956>).

Активная деятельность академика В. Покровского, направленная на борьбу с ВИЧ-инфекцией в России, вызвала негативную реакцию у законодателей. Они обвинили главного борца со СПИДом в «распространении небылиц», назвав его «агентом, действующим против интересов России». В Минздраве и ФСКН также выступают против предложенных врачом мер.

(<http://www.kommersant.ru/doc/2725956>).

Социальные риски и сифилис. «То, что у нас происходит эпидемия сифилиса, мы осознали в 1995–1996 годах. Пик заболеваемости по России пришелся на 1997 год: 277 человек на 100 тысяч населения, как в 20-е годы. Последние 3 года она понемногу снижается, но и сейчас показатели очень высокие – 165 на 100 тысяч. Это в полтора раза выше, чем после Великой Отечественной войны, когда тоже был подъем заболеваемости, что естественно» – говорит профессор Ольга Лосева из Центрального кожно-венерологического института (8). Вместе с тем, в Европе сейчас 2–4 заболевших на 100 тысяч, приблизительно как в СССР до начала эпидемии. Рост заболеваемости сифилисом можно связать, прежде всего, с социальными факторами: обнищанием населения, резким расслоением на очень богатых и очень бедных. Именно обнищание привело женщин на панель. Основной мотив занятия проституцией – невозможность заработать другим способом, необходимость кормить детей. По нашим данным, среди проституток, работающих на улицах Москвы, каждая четвертая имеет детей, а каждая шестая имеет мужа, который знает, чем она занимается. Большинство из них приезжие с Украины, из Молдавии, из средней России. Большую роль в росте заболеваемо-

сти сифилисом сыграла сексуальная революция, изменение характера сексуального поведения, сексуальной техники, увеличение числа половых партнеров.

Основной фактор распространения эпидемии сифилиса – социальные условия: крайне низкий уровень информации о венерических заболеваниях среди населения страны; катастрофическое увеличение случаев употребления наркотиков; прогрессирующее увеличение алкоголизма; активная, безнравственная пропаганда секса всеми видами и средствами массовой информации; экономическое неблагополучие страны; прогрессирующее нарастание числа безработных; отсутствие легализованной проституции (9).

Особую озабоченность у венерологов вызывают мигранты. Отсутствие семьи, новая среда, в которую попадают мигранты с различными целями в РФ, приводят к изменениям стереотипов поведения. Заболеваемость сифилисом среди мигрантов в 2007 г. превысила общероссийский уровень в 3,5 раза. Заболеваемость сифилисом среди данной категории превышала аналогичную среди местного населения в разных территориях РФ от 5 до 30 раз. При этом заразные формы сифилиса диагностировали у 62,7 % исследованных. Мигранты более склонны пользоваться услугами коммерческих секс-работниц. Характерным для них является и низкая осведомленность в вопросах профилактики инфекций передающихся половым путем (ИППП).

Социальные риски и туберкулез.

Ежегодно в мире туберкулезом болеет не менее 3 млн. человек. В благополучных странах заболеваемость составляет 10 на 100000 населения, в неблагополучных – 250 на 100000. Общая заболеваемость туберкулезом – 15–20 млн. случаев ежегодно. Наиболее высокие показатели заболеваемости в странах Африки, Латинской Америки, Индии, Турции. В РФ сложилась крайне тяжелая ситуация с заболеваемостью туберкулезом. Рост показателя заболеваемости туберкулезом в России начался с 1991 г. (34,0 на 100 тысяч населения) и в 2000 г. он достиг 90,7 на 100 тысяч населения.

В период с 1995 по 2000 гг. заболеваемость туберкулезом в России увеличилась на 70 %, смертность от него в 2000 г составила 15,4 на 100000 населения и явилась самым высоким показателем в Европе. В последние годы существенно изменился социальный состав впервые выявленных больных: в Москве в 2000 году по сравнению с 1990 годом удельный вес социально дезадаптированных лиц увеличился с 30 до 49 %. Эпидемиологическую ситуацию по туберкулезу отягощают также контингенты исправительно-трудовых учреждений, заболеваемость туберкулезом в которых за 1995–2000 гг. возросла на 65,6 % и превысила заболеваемость туберкулезом взрослого населения РФ в 2000 г в 42 раза. Заключение, ранее не работающие, или имеющие больше одной судимости заболевают туберкулезом в 15,2 раза чаще, чем прочие группы.

Ежегодно растет смертность неработающего населения трудоспособного возраста: с 2003 года по 2006 год показатель вырос в 1,6 раза. За эти же годы вырос в 1,5 раза показатель смертности от туберкулеза инвалидов по общему заболеванию (без инвалидов по туберкулезу). Эта же закономерность справедлива и для лиц, не имеющих своего места жительства. Лица БОМЖ в пересчете на 100 тысяч соответствующего населения болеют в 9,8 раз чаще, а умирают в 15,6 раз чаще. Также высок риск заболеть туберкулезом и умереть от него у лиц, злоупотребляющих алкоголем (в 5 раз чаще), имеющих психические расстройства (в 2 раза чаще), болезни органов дыхания, пищеварения, эндокринной системы и органов кровообращения (в 6,1, 5,3, 2,2 и 4,3 раза соответственно).

В разных странах и регионах эпидемиологическая обстановка по туберкулезу весьма различна. Во многих экономически развитых странах Западной Европы, в США, Канаде, Японии, Австралии отмечаются низкие показатели распространенности туберкулеза. В развивающихся странах Африки, Латинской Америки, Юго-Восточной Азии показатели забо-

леваемости и смертности от туберкулеза значительно выше. Самые высокие показатели заболеваемости наблюдаются в странах Африки южнее Сахары (до 150–400 на 100000 населения), а наибольшее абсолютное число заболевших туберкулезом зарегистрировано в Юго-Восточной Азии.

Роль социально-экономических факторов в распространении туберкулеза подтверждается числом бактериовыделителей на 100 000 жителей в разных по уровню развития и состоянию экономики регионах мира (данные 1995 г.): США и Канада – 7, Европа — 24, Латинская Америка – 80, Азия — 110, Африка – 165. В последнее время рост международной миграции вызывает повышение заболеваемости туберкулезом и в развитых странах. Россия включена в список 22 стран с наибольшим бременем туберкулеза, среди которых ее вклад составляет 2,0 % случаев. Согласно оценке ВОЗ, в России заболевает 1,6 % от заболевших во всем мире и 35,5 % от заболевших в Европейском регионе. При этом в стране регистрируют 2,2 % всех новых случаев туберкулеза, зарегистрированных в мире, и 38,1 % случаев, зарегистрированных в Европейском регионе. В целом в Российской Федерации сосредоточено не более 1 % от общего числа больных в мире, или чуть менее 30 % от числа больных, сосредоточенных в Европейском регионе.

Осознавая серьезность сложившейся ситуации с распространенностью туберкулеза в России и смертности от него, правительством РФ были предприняты конкретные меры по борьбе с туберкулезом. Для обеспечения устойчивого снижения заболеваемости туберкулезом в 2009 г. премьер РФ Владимир Путин подписал постановление об увеличении на 5 млрд. рублей финансирования федеральной целевой программы «Здоровье», связанной с предупреждением и борьбой с социально значимыми заболеваниями, в том числе с туберкулезом. В 2010 г. на приобретение лекарственных средств против туберкулеза было выделено дополнительно 3 млрд. рублей.

В последние годы в России наблюдается положительная динамика в борьбе с туберкулезом. В конце 2010 года был утвержден «Порядок оказания медицинской помощи больным туберкулезом в Российской Федерации». Благодаря этой программе удалось модернизировать оснащение практически всех бактериологических лабораторий. Эти меры дали возможность активизировать борьбу с туберкулезом, улучшилась поставка лекарств, осуществлено усиление вирусного контроля, модернизация стационаров, обучение персонала (РИА Новости).

Социальные риски и психические заболевания.

Психические заболевания весьма распространены, число психически больных на всем земном шаре достигает 150 млн., причем в связи с увеличением продолжительности жизни отмечается тенденция к росту этого числа. Согласно заявлению представителя ВОЗ России по психиатрии д. м. н. Зураба Кекелидзе, по данным Всемирной организации здравоохранения каждый четвертый-пятый человек в мире страдает тем или иным психическим или поведенческим расстройством. По разным данным, 10–50 % пациентов терапевтов имеют психические расстройства.

Причины развития психических заболеваний до конца не изучены. Однако установлено, что развитию психических заболеваний могут способствовать предшествующие основной болезни травмы мозга, бытовые интоксикации (от алкоголя), некоторые болезни внутренних органов, наследственная отягощенность психическим заболеванием. Пол и возраст также имеют определенное значение в развитии психических болезней. Так, например, психические расстройства у мужчин встречаются чаще, чем у женщин. При этом у мужчин чаще наблюдаются травматические и алкогольные психозы, у женщин – маниакально-депрессивный психоз и инволюционные (предстарческие) психозы, депрессии. Это, вероятно, объясняется не столько биологическими свойствами пола, сколько социальными

факторами. Мужчины в силу сложившихся традиций чаще злоупотребляют алкоголем, и в связи с этим, естественно, у них и чаще наблюдаются алкогольные психозы. В такой же мере не от биологии пола, а от социальных условий зависит преобладание у мужчин психозов травматического происхождения.

К социальным рискам, влияющим на психическое здоровье, можно отнести проблемы, связанные с работой, жильем, неудовлетворенность социальным положением, социальные катастрофы и войны. Зарубежными исследователями было установлено, что, например, депрессии чаще возникают у представителей среднего и низшего социальных слоев, где больше довлеет груз жизненных событий и обстоятельств. Депрессия нередко развивается так же у лиц, потерявших работу. Причем безработица с большей вероятностью способствует развитию депрессии у тех, кто в прошлом уже терял работу. Даже после восстановления на работе депрессия может продолжаться в течение двух лет, особенно у лиц с неблагоприятным семейным климатом и отсутствием социальной поддержки.

Для настоящего времени характерны такие социально обусловленные патогенные факторы, как локальные войны, вооруженные конфликты, террористические акты, – они приводят к стойким нарушениям психического здоровья не только у непосредственных участников, но и у мирного населения. Человеку нелегко привыкнуть к войне – к ее опасностям и лишениям, к иной шкале жизненных ценностей и приоритетов. Психические расстройства выявляются у 60–85 % лиц, переживших столь мощные стрессы.

Современный период развития общества характеризуется также нарастанием противоречий между человеком и окружающей средой, что находит отражение в экологическом неблагополучии, в резком увеличении количества техногенных катастроф. Природные катаклизмы и техногенные катастрофы изменяют жизнь человека и потенцируют развитие психических расстройств. Примером может служить авария на Чернобыльской АЭС. Спустя 10 лет с момента аварии психическое состояние у 68,9 % ликвидаторов соответствовало посттравматическому стрессовому расстройству, в 42,5 % случаев имели место интеллектуально-мнестические расстройства. У каждого третьего ликвидатора был выявлен хронический алкоголизм, среди всех умерших за этот период 10 % завершили жизнь самоубийством.

Социально-психологические факторы находят отражение в развитии навязчивых страхов, которые связаны с реальной действительностью, – это спидофобия, радиофобия, идеи воздействия нейротропным оружием, у детей часты страхи, отражающие столь широко демонстрируемые теперь фильмы-ужасы с роботами, вампирами, привидениями, инопланетянами и т. п. Одновременно встречаются формы болезненных убеждений и страхов, которые пришли к нам из далекого прошлого – порчи, колдовства, одержимости, сглаза. Страхи и фобии возникают у значительной части населения под влиянием СМИ. Особенно это касается информации о недоброкачественных продуктах питания, фальсифицированных лекарствах, представлений на телевидении разного рода дезинформаций о действиях правительственных органов, полиции, о состоянии окружающей среды и так далее.

В докладе ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире (2001) подчеркнуто, что психические и поведенческие расстройства поражают более 25 % всех людей в определенные периоды их жизни. От 250 до 300 млн. человек страдают психическими нарушениями, вызывающими утрату трудоспособности и социальные ограничения [10]. В докладе ВОЗ указывается также, что психическое здоровье человека в современном мире определяется воздействиями социальных, психологических, экологических и других факторов. Известно о непосредственном влиянии социальных факторов на психическое здоровье больших групп населения, в том числе социально-стрессовые расстройства, возникающие под воздействием важных для большинства людей экономических и политических ситуаций. В условиях социальных изменений у многих развивается состояние психической дезадаптации, невротические и психосоматические расстройства. Массовые проявления состояний психоэмоци-

онального перенапряжения и психической дезадаптации, по существу, стали следствием «коллективной травмы» (11).

О неблагоприятии ситуации с состоянием психического здоровья в современной России свидетельствуют высокие показатели заболеваемости психическими расстройствами, широкая распространенность в обществе агрессивного поведения. Так, по данным главного психиатра Минздрава РФ Зураба Кекелидзе, более 4 млн. россиян страдают психическими расстройствами. Это почти 3 % населения страны. Более 14 % населения страны в разной степени нуждаются в квалифицированной помощи психиатров. На сегодняшний день каждый второй житель подвержен развитию психического заболевания (цит. По «Мир новостей», 20 мая 2014 г.). В последние десятилетия возрастает количество исследований воздействия на большие группы населения макросоциальных стрессовых ситуаций, связанных с переустройством общества. По данным, которые приводит Ю. А. Александровский, число лиц с предболезненными и сформировавшимися психическими расстройствами из-за стрессовых воздействий в России достигает 10 миллионов. Однако выборочные исследования свидетельствуют, что их больше: 250–300 на 1000 человек, т. е. подобные расстройства возникают у 25–30 % жителей страны. В большинстве случаев речь идёт о пограничных психических расстройствах.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.