

Глава 2. Факторы здоровья москвичей

2.1. Социально-экономические факторы

Ранее считалось, что проблемы здоровья населения касаются лишь сферы оказания медицинской помощи и ее финансирования. Социальные составляющие здоровья в тот период обсуждались только среди ученых. В настоящее время все более широкое признание получает тот факт, что медицинская помощь может улучшить здоровье, продлить жизнь, однако более наиболее важными являются социально-экономические условия, под влиянием которых возникают заболевания и нужда в медицинской помощи.

Рассмотрим более подробно основные социально-экономические факторы, оказывающие влияние на здоровье москвичей ¹.

Бедность и экономическая дифференциация

Наибольшей угрозе подвергается здоровье людей, относящихся к бедным и малоимущим слоям населения. Результаты исследования в Москве, представленные на рис.2.1, со всей очевидностью свидетельствуют о тесной связи между степенью бедности и здоровьем: чем больше материальных лишений испытывает человек, тем хуже его здоровье.

Наибольшее негативное воздействие на здоровье оказывает невозможность нормально питаться, покупать необходимую одежду и обувь. Для респондентов, которые ответили, что они вынуждены регулярно отказываться от покупки необходимой одежды и обуви риск возникновения проблем со здоровьем увеличивается в 1,8 раз (для женщин) и в 2,8 раз (для мужчин). Москвичи, которые часто лишены мяса и рыбы, имеют

¹ Результаты получены на основе данных обследования здоровья москвичей, проведенного ИСЭПН РАН в 2004 г. Респондентам было предложено оценить свое здоровье по пятибалльной шкале (оценка 1 соответствовала ответу «Очень плохое здоровье», оценка 5 – «Очень хорошее здоровье»). При этом участники обследования должны были ответить на некоторые вопросы, затрагивающие специфические проблемы их здоровья, такие как наличие симптомов сердечно-сосудистых заболеваний и психических расстройств (депрессия, бессонница, нервные расстройства) (подробнее см. Кислицына О. Неравенство в распределении доходов и здоровья в современной России. М.: РИЦ ИСЭПН. 2005; Сбережение народа (под ред. Н.М.Римашевской). ИСЭПН РАН. М.: Наука. 2007).

двукратный риск плохого здоровья (2,09 и 1,97 для женщин и мужчин соответственно).

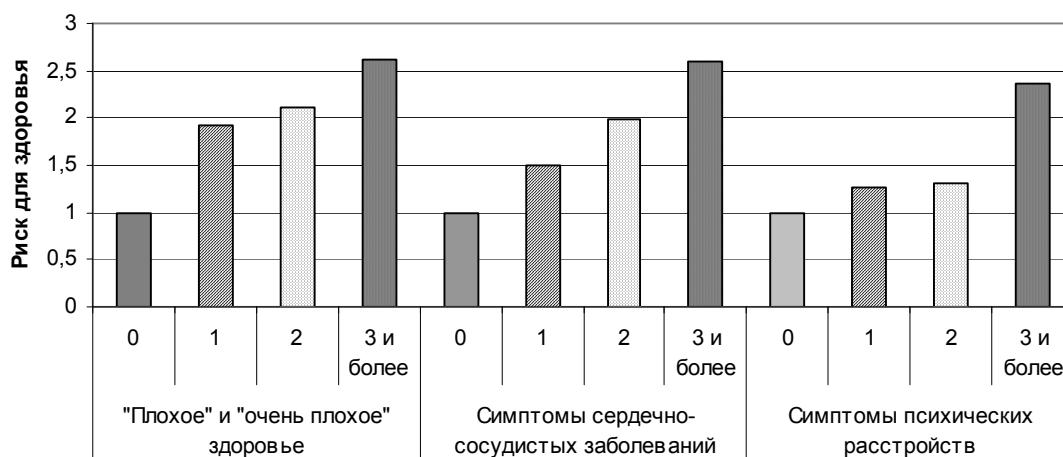


Рис. 2.1. Риск для здоровья москвичей в зависимости от количества материальных лишений

(для лиц, у которых количество материальных лишений = 0, этот риск приравнен к 1).
Данные, скорректированные с учетом возраста, образования и семейного положения²

Возможны два механизма, позволяющие объяснить такую связь между материальными лишениями и здоровьем. Согласно *материальной интерпретации*, хорошее материальное положение обеспечивает средства для получения таких фундаментальных условий для хорошего здоровья, как жилье, питание, доступ к услугам здравоохранения и т.п. *Психосоциальная интерпретация* приписывает существование различий в здоровье населения прямому или косвенному эффекту стресса, вызванного тем, что индивид занимает относительно более низкую позицию в социально-экономической иерархии или живет в условиях относительной депривации. Примером прямых эффектов стресса на физиологические системы является аллостатическая нагрузка, которая связана с износом организма, вызванного тем, что индивид ежедневно подвергается неблагоприятным обстоятельствам. Люди оценивают свое положение в обществе путем сравнения с положением других. Чем больше социально-экономическое

² Здесь и далее: рассчитано методом логистической регрессии.

неравенство, тем больше они осознают, что ничего не могут сделать, чтобы изменить свой низкий социальный статус. Это создает стресс, который в свою очередь способствует развитию сердечно-сосудистых заболеваний, депрессии и т.п. Более того, стресс, вызванный абсолютной или относительной бедностью, может также косвенно повлиять на здоровье, провоцируя неблагоприятный профиль поведения, как например, курение или злоупотребление алкоголем.

Жилищные условия

Жилище — это не только укрытие от неблагоприятных влияний природы, но и мощный фактор, в значительной степени определяющий состояние здоровья человека. Существенное воздействие на здоровье оказывает не только качество жилищных условий, но и *тип жилья*: риск иметь плохое здоровье в 3 раза увеличивается для женщин, проживающих в коммунальной квартире, общежитии или арендуемых комнату, по сравнению с обладателями отдельных квартир. Мужчины, проживающие в арендованной квартире, в 5 раз чаще по сравнению с теми, кто живет в собственной отдельной квартире (приватизированной или муниципальной), имеют симптомы психических расстройств. Такая связь может быть обусловлена, как неблагоприятными условиями проживания в арендованных помещениях, общежитиях, коммуналках, так и тем фактом, что отдельное собственное жилье служит своего рода психологическим «убежищем», позволяющим чувствовать свою защищенность.

Однако в настоящее время наиболее острой проблемой является социальная среда, возникающая в результате неадекватного городского планирования и рыночных механизмов, проявляющихся в виде комфортабельных районов для «богатых» и неблагополучных в социальном отношении районов для «бедных». Часто это районы с высокими уровнями распространения преступности, наркомании, безработицы и других проблем. Анализ сочетанных рисков района проживания (высокий уровень преступности, отсутствие чистого воздуха, ухоженной территории, развитой

транспортной сети, магазинов и предприятий бытового обслуживания), так называемый «эффект коктейля», свидетельствует о том, что чем больше проблем в районе, тем выше угроза для здоровья (рис.2.2). Наиболее отрицательно сказываются на здоровье высокий уровень преступности в районе, грязная и неухоженная территория, отсутствие развитой транспортной сети.

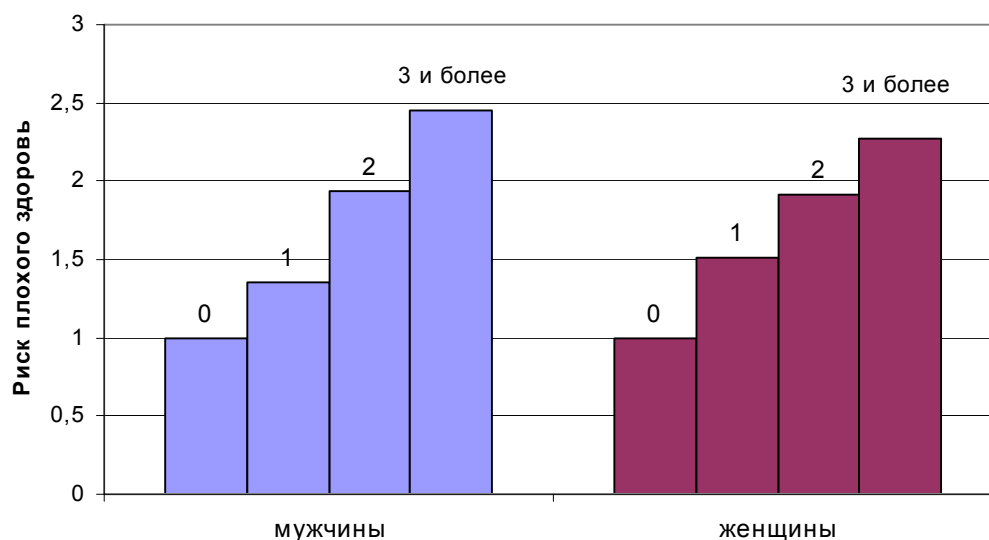


Рис. 2.2. Риск плохого здоровья в зависимости от количества проблем в районе проживания

(для лиц, у которых количество проблем в районе проживания =0, этот риск приравнен к 1).
Данные, скорректированные с учетом возраста, образования и семейного положения

- Безработица и условия работы

Безработица подвергает здоровье людей повышенному риску (не только самих безработных, но и членов их семей), что связано как с ее психологическими последствиями, так и с порождаемыми ею финансовыми проблемами. Негативное воздействие безработицы на здоровье начинается еще до того, как человек потерял работу, но опасается, что это может скоро произойти. Неуверенность в сохранении рабочего места связана с такими последствиями, как психические расстройства (чаще всего выражающихся в синдроме тревоги и депрессии), появление симптомов сердечно-сосудистых заболеваний, повышение показателей субъективно ощущаемого недомогания.

Наличие работы, в целом, более благоприятно для здоровья, чем ее отсутствие. Однако важный вклад в формирование здоровья вносит качество трудовой среды. На рабочем месте люди сталкиваются с рисками, почти такими же многочисленными, как и различные типы работы, включая вредные воздействия (химические факторы, электромагнитные излучения, переохлаждения, высокие температуры, высокую влажность, загрязнение, шум, вибрации), психосоциальные факторы. В Москве те работники, которые подвержены на рабочем месте влиянию трех и более вредных факторов, имеют 2-кратный риск плохого здоровья по сравнению с теми, кто работает на безвредных производствах. Аналогично, работники, условия труда которых характеризуются одновременно и умственным напряжением, и психо-эмоциональной нагрузкой, и стрессами, и монотонным трудом, подвергаются 4-кратному риску возникновения психических расстройств по сравнению с работающими в спокойной психо-эмоциональной обстановке (рис.2.3).

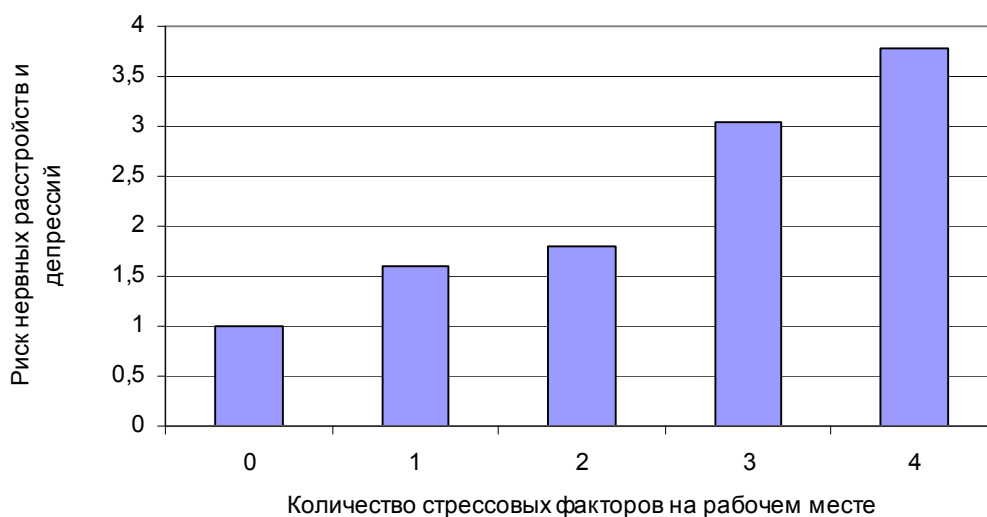


Рис. 2.3. Риск возникновения у москвичей нервных расстройств и депрессий в зависимости от количества стрессовых факторов на рабочем месте

(для лиц, у которых количество стрессовых факторов на рабочем месте =0, этот риск приравнен к 1).
Данные, скорректированные с учетом пола и возраста

Социальная разобщенность и недоверие

Хорошие отношения с родственниками, в особенности с самыми близкими, возможность навещать родных способствуют сохранению здоровья, в том числе и психического, особенно у женщин. Наблюдается 3-кратный риск плохого здоровья и проявления симптомов психических расстройств для тех участниц обследования, которые охарактеризовали отношения в семье как напряженные, которые никогда не навещают родственников, и которым не на кого опереться в трудной ситуации (рис.2.4). Для мужчин оказалась важной возможность общаться с посторонними людьми. Риск иметь плохое здоровье в 2-3 раза увеличивается для тех, кто никогда не общается с незнакомыми, людьми из другого социального круга, принадлежащими к иной возрастной группе.

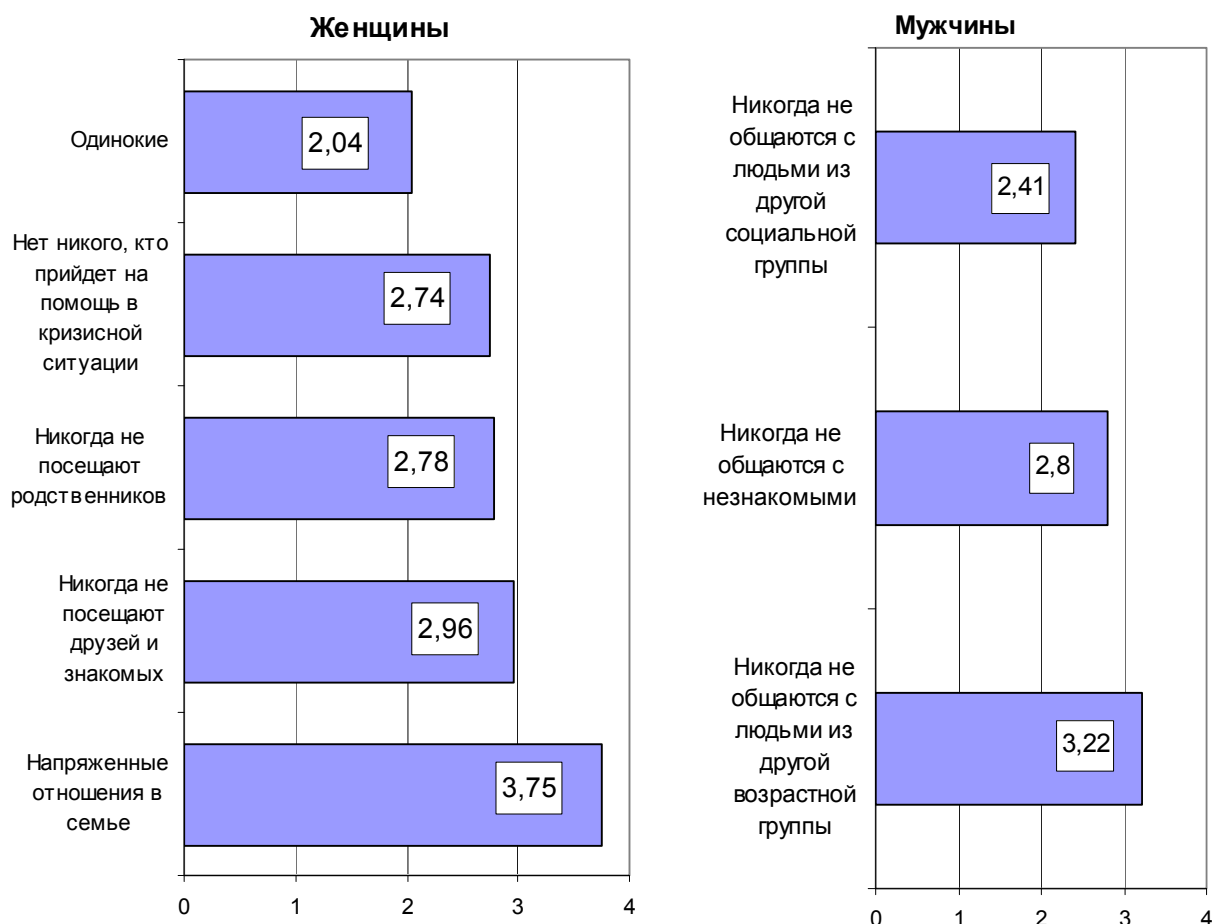


Рис. 2.4. Риск плохого здоровья и социальные сети
 Данные, скорректированные с учетом возраста, образования и семейного положения.

На доверии зиждутся все социальные связи, все деловые, семейные и дружеские отношения. Недоверие основным государственным и общественным институтам, широко распространенное в России, в 2,6 раз (мужчины) и в 1,9 раз (женщины) увеличивает риск возникновения депрессии, нервных расстройств и бессонницы (рис.2.5). Недоверие к людям в целом негативно сказывается на здоровье мужчин, в 2,7 раз увеличивая риск возникновения симптомов психических расстройств.

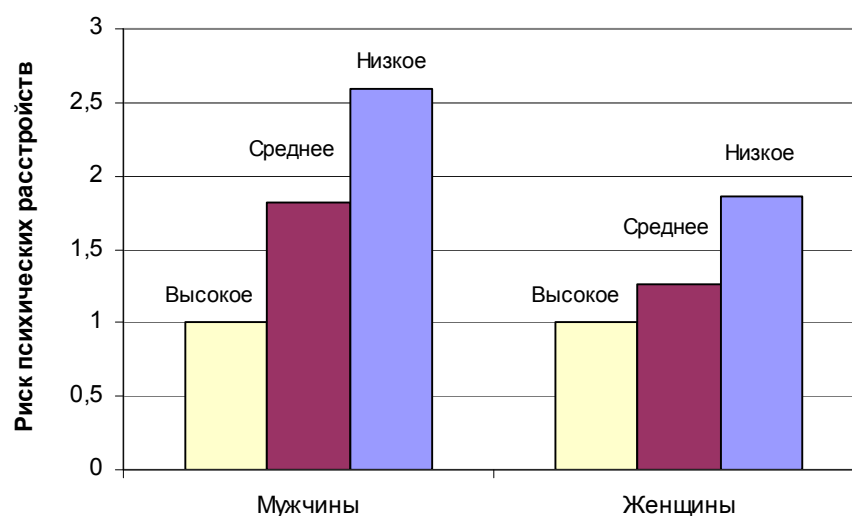


Рис. 2.5. Риск возникновения у москвичей симптомов психических расстройств в зависимости от уровня доверия органам власти

(для лиц с высоким уровнем доверия этот риск приравнен к 1)

Данные, скорректированные с учетом пола и возраста

Такая связь обусловлена тем, что недостаток социальных связей и доверия в обществе приводит к тому, что люди чувствуют себя изолированными и уязвимыми, что, в свою очередь, влечет за собой рост числа стрессовых состояний, депрессий и в результате негативно сказывается на состоянии здоровья. Более того, чтобы снять напряжение, люди, подверженные стрессу, злоупотребляют алкоголем, наркотиками, табакокурением. Это повышает риск смерти в результате внешних причин (аварий, актов насилия).

Социальная неуверенность (низкая степень ощущения свободы выбора и контроля над своей жизнью)

Эпоха преобразований в России привела к тому, что людям пришлось приспосабливаться к новым условиям жизни. Некоторые сделали это лучше, другие – хуже. Люди осознали, в состоянии они или нет справиться с непредвиденными и ранее неизвестными проблемами, а, поняв это, обрели или утратили уверенность в своей способности управлять своей жизнью. Согласно исследованию низкая степень социальной уверенности (ощущения низкого контроля над жизнью) негативно воздействует на состояние здоровья мужчин, повышая для них в 4 раза риск плохого здоровья и в 2 раза риск развития симптомов психических расстройств (рис.2.6).

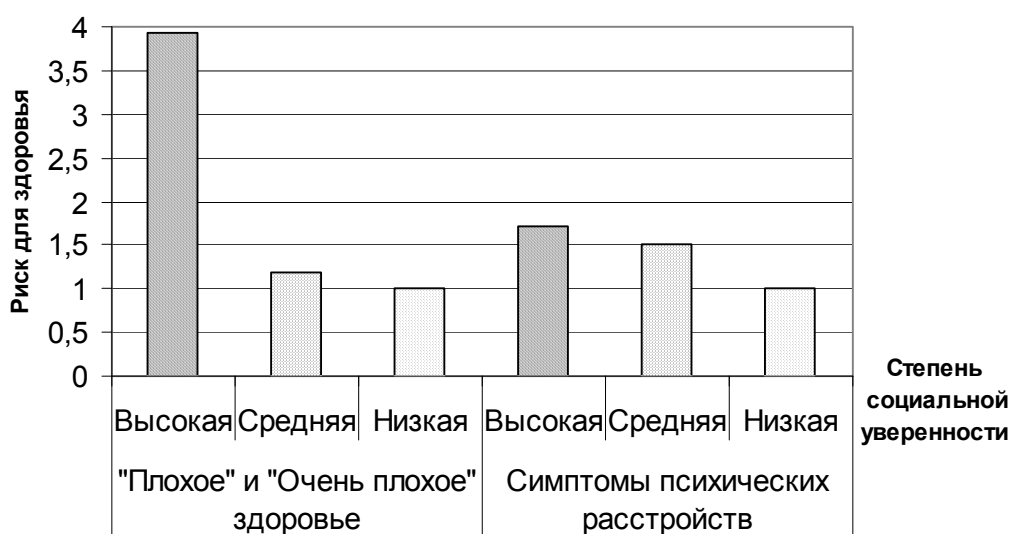


Рис.2.6. Риск для здоровья москвичей в зависимости от степени социальной уверенности

(для лиц, у которых высокая степень социальной уверенности, этот риск приравнен к 1).
Данные, скорректированные с учетом возраста, образования и семейного положения

Связь между степенью социальной уверенности и здоровьем можно объяснить с помощью различных механизмов. Ощущение свободы выбора и контроля над своей жизнью очень важно на субъективном и подсознательном уровне. Социально неуверенные люди сомневаются в своих силах и результате своих действий. Сталкиваясь с проблемами, которые человек считает неразрешимыми, он погружается в состояние стресса, что негативным образом отражается на состоянии здоровья.

Другой возможный механизм связи между контролем над жизнью и здоровьем состоит в том, что ощущение бессилия (т.е. низкий контроль) способствует рискованному поведению, как, например, курение, злоупотребление алкоголем, пренебрежение мерами предосторожности, позволяющими избежать производственной или автомобильной аварии, исходя из принципа: «чему быть – того не миновать». Согласно исследованию для социально неуверенных людей наблюдается 2-кратный риск злоупотребления алкоголем по сравнению с теми, кто уверен, что может контролировать то, как он живет.

Оба перечисленных механизма не являются взаимно исключаящими, а скорее существуют параллельно друг с другом.

Таким образом, для того, чтобы преодолеть негативные тенденции в состоянии здоровья, необходимы меры, выходящие за рамки системы здравоохранения. Но это не значит, что предполагается полностью игнорировать медицинские услуги. Важно понимать, что детерминанты здоровья лежат в пределах других сфер общественной жизни, помимо здравоохранения. И, соответственно, проблема улучшения здоровья населения находится во введении многих министерств, ведомств, департаментов, которые не могут непосредственно предотвратить смертность и плохое здоровье, но могут воздействовать на лежащие в их основе причины.

2.2. Образ жизни и самосохранительное поведение

С 1997 года Всемирная организация здравоохранения объяснила здоровье как состояние полного психического, физического и социального благополучия, а в качестве объекта здравоохранения признала не только человека, но и население в целом. Кроме того, по данным ВОЗ здоровье определяется группой факторов: социально-экономических – на 50%; на одну пятую – экологическим состоянием окружающей среды, в той же мере – генетическими причинами и на одну десятую – организацией

здравоохранения и качеством предоставляемых населению медицинских услуг³. К социально-экономическим факторам относится образ жизни и поведение индивида, которое может быть витальным, сохраняющим здоровье или носить разрушительный, патогенный характер.

Образ жизни – понятие, характеризующее особенности повседневной жизни людей. Термин «здоровый образ жизни» подразумевает, что поведение людей изо дня в день можно оценить как здоровое или нездоровое. **Здоровый образ жизни** включает в себя «благоприятные условия жизнедеятельности человека, уровень его культуры и гигиенических навыков, позволяющих сохранять и укреплять здоровье, предупреждать развитие его нарушений и поддерживать оптимальное качество жизни»⁴. Образ жизни является широким понятием и охватывает разные аспекты деятельности человека, в том числе: трудовую деятельность, организацию отдыха, питание физическую активность⁵.

Физическая активность

Хорошо известно, что регулярная физическая активность благотворно влияет на состояние здоровья. Физически пассивные люди среднего и старшего возраста подвергаются значительно большему риску развития целого ряда неинфекционных болезней по сравнению с лицами, ведущими умеренный и чрезвычайно активный образ жизни. 39% москвичей и 42% москвичек не занимаются физическими упражнениями в свободное время никогда; 27% мужчин и 28% женщин занимаются иногда; и только 34% мужчин и менее 30% женщин – не менее одного раза в неделю (табл. 2.1).

³ Всемирная организация здравоохранения: (www.who.int/asoutwho/cn/detinition/himl)

⁴ Укрепление здоровья и профилактика заболеваний. Основные термины и понятия (под ред. А.И. Волкова, Р.Г. Оганова) М. 2001.

⁵ Подробнее см. Кислицына О. Неравенство в распределении доходов и здоровья в современной России. М.: РИЦ ИСЭПН. 2005, Кислицына О. Фактор риска // Социальная и демографическая политика. 2006. №5.

Таблица 2.1.

Занятия москвичей физическими упражнениями в свободное время

	Мужчины (N=510)	Женщины (N=680)	Все население (N=1190)
Не менее одного раза в неделю	34,0	29,8	31,6
Иногда	27,0	27,8	27,5
Никогда	39,0	42,4	40,9
Итого	100,0	100,0	100,0

При этом, как видно из рис. 2.7, физическая активность (частота занятий физическими упражнениями в свободное время) снижается с возрастом и для мужчин, и для женщин.

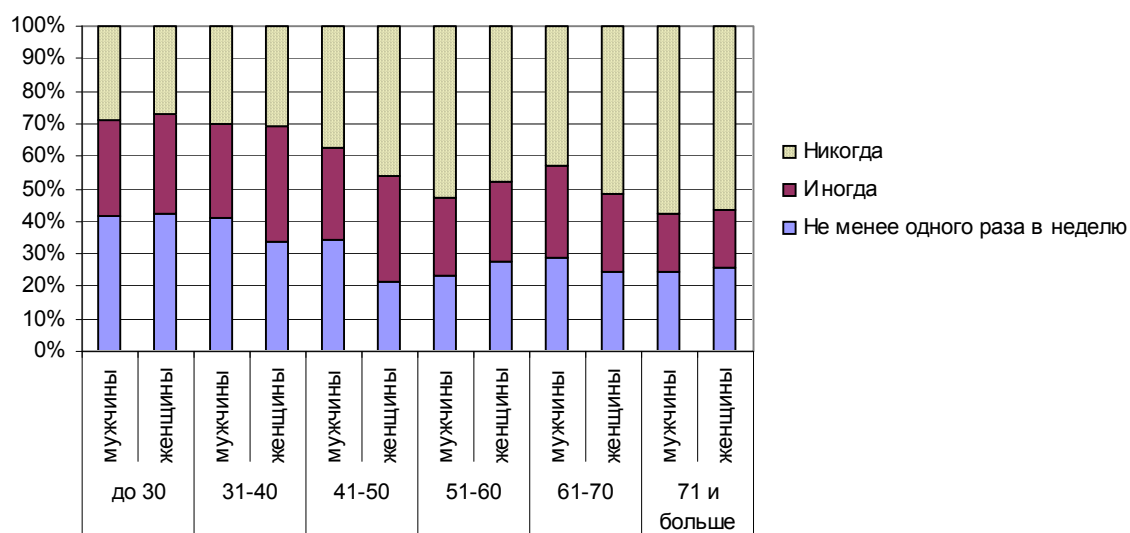


Рис. 2.7. Занятия физическими упражнениями в зависимости от пола и возраста

Потребление фруктов и овощей

Фрукты и овощи - важные компоненты здоровой диеты. По сравнению с благополучными странами большинство населения нашей страны питается значительно хуже (табл.2.2): в России употребляется в среднем в 2 раза меньше овощей и фруктов, в 1,5—2 раза меньше мяса, молока, рыбы, растительного масла, но зато больше, чем на Западе, — хлеба и картофеля. По результатам обследования около 7% жителей Москвы почти никогда не употребляют в пищу свежие овощи и фрукты в осенне-зимний период (табл.2.3). Недостаточное потребление свежих овощей и фруктов приводит

к все более нарастающему дефициту витаминов (А, группы В, С, Е), а также микроэлементов (железа, цинка, йода). Настораживает, что дефицит витаминов обнаруживается не только зимой и весной, но и в летне–осенние периоды, что свидетельствует о формировании у населения крайне неблагоприятного круглогодичного типа полигиповитаминоза.

Таблица 2.2.
Потребление продуктов питания в России и других странах
(кг на душу)

	Россия	Москва	Германия	США	Финляндия	Франция	Чехия	Польша
	2006	2006	2004	2004	2005	2002	2004	2005
Овощи и бахчевые	106	77	96	127	115	135	80	110
Фрукты и ягоды	51	...	123	121	93	96	84	54
Мясо и мясопродукты в пересчете на мясо	53	67	83	120	72	93	85	67
Молоко и молочные продукты	239	226	445	266	249	428	337	272
Рыба и рыбопродукты	13,1	...	14	11	15,8*	26,7	5,5	...
Растительное масло	12,6	16,2	16	33	...	18	16	19,5* **
Картофель	132	67	77	64	62	66	73	126
Хлебные продукты	121	109	96	90	...	83**	102	119

Российский статистический ежегодник 2007. М. Росстат. 2007

* - 2004 г. ** - 2000 г. *** - 2004 г.

Таблица 2.3

Употребление москвичами в пищу свежих овощей и фруктов в зимний период

	Мужчины (N=510)	Женщины (N=680)	Все население (N=1190)
Почти каждый день	68,2	67,1	67,6
Один или два раза в неделю	26,1	25,1	25,5
Почти никогда	5,7	7,8	6,9
Итого	100,0	100,0	100,0

Неполноценное питание и недостаток физической активности являются причинами избыточного веса. По данным обследования москвичей, лишний вес имеют примерно 44% мужчин (табл.2.4). У женщин этот показатель выше – слишком полных среди них больше половины (52,7%). Это можно

объяснить тем, что мужчины все-таки больше занимаются спортом. От ожирения страдают 10% москвичей и 21% москвичек.

Большинство мужчин начинают существенно толстеть после 30 лет, когда повышается их социальный статус и больше времени приходится проводить, сидя на своем рабочем месте (рис. 2.8). А если они и передвигаются – то на автомобиле. После выхода на пенсию число мужчин, имеющих избыток веса, начинает уменьшаться.

Таблица 2.4.

Распределение москвичей по индексу массы тела*

	Мужчины (N=510)	Женщины (N=680)	Все население (N=1190)
Недостаток веса	6,7	14,3	11,1
Нормальный вес	49,7	33,0	40,2
Избыточный вес	33,6	31,7	32,5
Ожирение	10,0	21,0	16,3
Итого	100,0	100,0	100,0

* Распространение избыточного веса и ожирения обычно оценивается с помощью индекса массы тела (*BMI*), который рассчитывается по формуле: $BMI=m/h^2$, где *m* – масса тела человека (в килограммах), а *h* – рост человека (в метрах). Выделяют следующие значения *BMI*: меньше 15 – острый дефицит веса, 15-20 – дефицит веса, 20-25 нормальный вес, 25-30 – избыточный вес, больше 30 – ожирение.

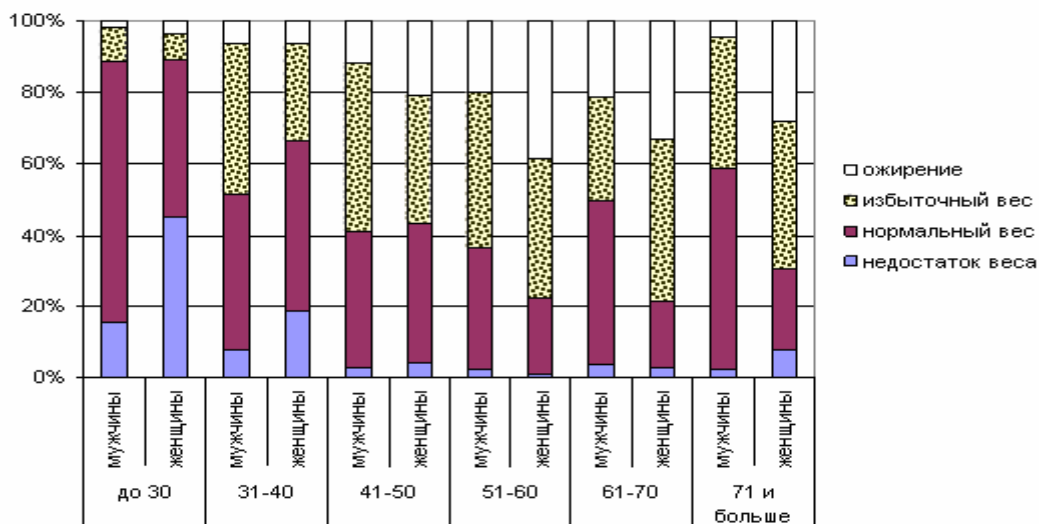


Рис.2.8. Распределение москвичей по индексу массы тела в различных возрастных группах

Курение

Табак, пожалуй, является единственным продуктом, который при применении по прямому назначению даже в малых дозах отрицательно влияет на здоровье. Курение – важнейшая причина болезней системы кровообращения (инфаркта миокарда, мозгового инсульта), злокачественных новообразований (рака легкого, полости рта, губы, глотки, гортани, пищевода, желудка, поджелудочной железы, печени, почки, мочевого пузыря, шейки матки и миелоидного лейкоза), болезней органов дыхания, острых и хронических язв желудка. Россия является одной из самых курящих стран мира. По данным Роспотребнадзора в настоящее время в стране курят 65% мужчин и до 30% женщин⁶ (для сравнения доля курящих мужчин и женщин составляет: в Австрии 30% и 19% соответственно, в Италии – 30% и 17%, в Великобритании – 26% и 23%, в Финляндии – 24% и 19%)⁷. За последние 20 лет доля курильщиков в России увеличилась на 440 тыс. человек, и это происходит в первую очередь за счет вовлечения в потребление новых социальных групп - молодежи и женщин. Так в возрасте 15-19 лет курит 40% юношей и 7% девушек. Катастрофично, что к этой вреднейшей привычке все чаще имеют пристрастие дети и подростки, даже в 10-12-летнем возрасте.

Распространенность курения среди опрошенных в Москве мужчин составила 53,6%, а среди женщин — 27,2%. При этом 18,2% москвичей курили ранее, но к моменту обследования бросили курить, для женщин эта цифра была равна 10,7% (табл. 2.5).

Распространенность курения среди женщин вызывает особое беспокойство. До середины 90-х годов, уровень женского курения в нашей стране был традиционно ниже, чем среди женщин других стран. Так, если в

⁶ <http://www.rosпотребнадзор.ru/press/pressreleases/?id=1549>

⁷ European health for all database, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark, 2007.

странах Европы частота курения достигала среди женщин 30-40%, то в России этот показатель не превышал 5-15%. В конце 80-х годов в Австрии курили 32% женщин, в Канаде - 31%, в Венгрии - 30%, в бывшей Югославии - 36%, а в Москве всего лишь 12%, в Новосибирске - 4% женщин ⁸. Однако, с началом социально-экономических преобразований в России, которые сопровождались значительным ростом свободной торговли табачными изделиями, наплывом рекламы и, одновременно, значительным снижением какой бы то ни было профилактической работы, ограничивающей курение в обществе, стал наблюдаться его рост. Так, в странах Восточной Европы и Средней Азии, включая и Россию, распространенность курения среди женщин в 1995 году составляла уже 26% ⁹.

Таблица 2.5.

Распространение курения среди мужчин и женщин Москвы

	Мужчины (N=510)	Женщины (N=680)	Все население (N=1190)
Не курят и никогда не курили	28,2	62,1	47,6
Курили, но бросили	18,2	10,7	13,9
Курят	53,6	27,2	38,5
Итого	100,0	100,0	100,0

Частота курения, как у мужчин, так и у женщин снижается с возрастом (рис.2.9). Среди курящих мужчин наибольшая частота наблюдалась в возрастной группе до 30 лет — 66,9%. В возрастной группе 61-70 лет курили только 31,6% москвичей, а в возрасте 71 и больше лет – 21,7%. Что касается женщин, чаще всего курят москвички в возрасте до 50 лет (около 40% среди опрошенных женщин в соответствующей возрастной категории), затем частота значительно снижается: до 29,1% в возрастной группе 51-60 лет, 6,8% среди женщин в возрасте 61-70 лет и 5,4% среди тех, кто старше 70 лет.

⁸ CINDI Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention Programme. Baseline Evaluation. A joint publication with WHO Regional Office for Europe (ed. W.Morgenstern, M.S.Tsechkovski. E.Nussel, G.Schettler) Springer-Verlag. 1991.

⁹ Камардина Т.В., Глазунов И.С., Соколова Л.А., Лукичева Л.А. Эпидемия курения среди женщин России (Опубликовано на сайте Российской программы интегрированной профилактики инфекционных заболеваний (CINDI): <http://www.cindi.ru/smoking-w003rus.doc>).

Существуют различия между мужчинами и женщинами в интенсивности курения. Всего 18,7% мужчин, но 41,6% женщин выкуривают 1-9 сигарет в день, 81,3% мужчин и 58,4% женщин курят 10 и больше сигарет в день (в целом по населению Москвы 27,9% выкуривают 1-9 сигарет в день, 72,1% - 10 и более сигарет).

Половина курильщиков, как мужчин, так и женщин, пристрастились к этой вредной привычке в возрасте от 15 до 20 лет (50,5% среди мужчин и 48,9% среди женщин) (табл. 2.6). До 15 лет начали курить 31,5% мужчин и 12,5% женщин.

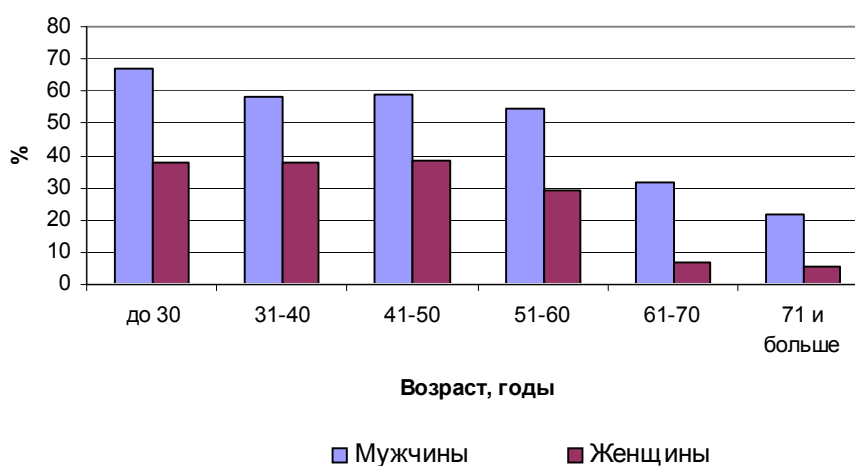


Рис. 2.9. Число курящих москвичей в % к соответствующей возрастной группе

Таблица 2.6.

Возраст начала курения в Москве

	Мужчины (N=362)	Женщины (N=252)	Все население (N=614)
До 15 лет	31,5	12,5	23,9
15-20 лет	50,5	48,9	49,9
20-30 лет	15,8	28,8	21,0
Старше 30 лет	2,2	9,8	5,3
Итого	100,0	100,0	100,0

На рисунке 2.10 видно, что молодые женщины в возрасте до 30 лет начинают курить гораздо раньше, чем женщины старших возрастов - треть молодых женщин начали курить до 15 лет. В более старших возрастных

группах от 31 до 60 лет доля женщин, начавших курить до 15 лет значительно ниже, а в возрастных группах после 60 лет таких женщин не оказалось вовсе. Таким образом, возраст начала курения постепенно снижается.

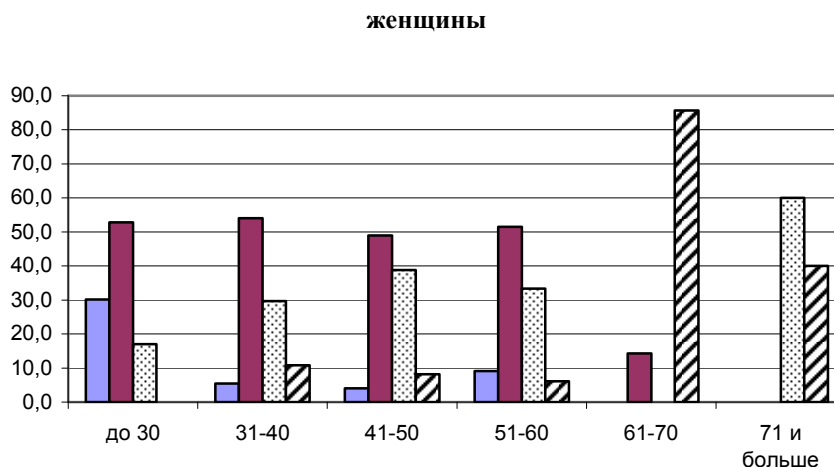
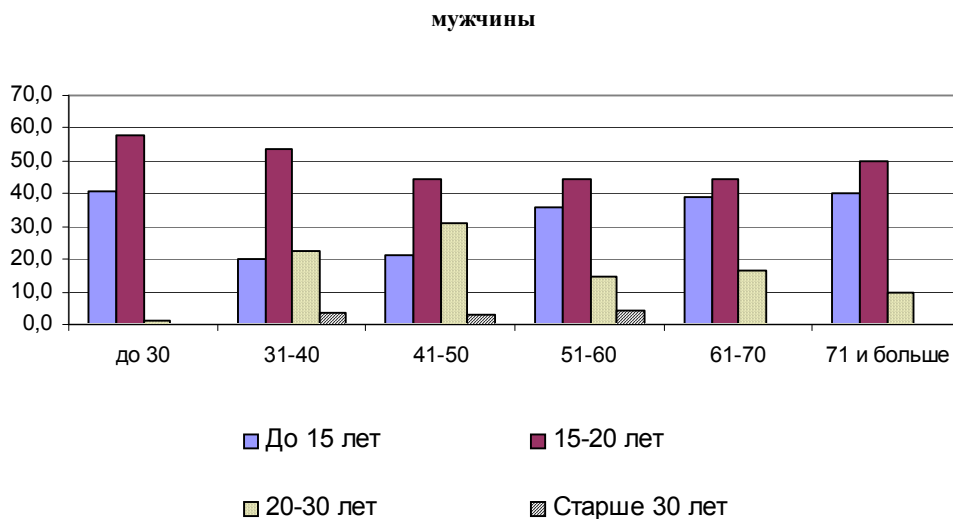


Рис. 2.10. Возраст начала курения в зависимости от пола и возраста москвичей

Потребление алкоголя

Многие эпидемиологические исследования показывают, что умеренные дозы алкоголя даже полезны для сосудов. Рекомендуемая доза в сутки - не более 10 г чистого алкоголя (30мл крепких спиртных напитков, или 120 мл сухого вина, или 250 мл пива). Словом, пить надо уметь. В России

злоупотребление алкоголем - чрезвычайная проблема. Среднее потребление алкоголя в стране достигло 15 л на человека в год, учитывая детей и стариков. Пьянство и алкоголизм губят здоровье, провоцируют многие заболевания, в том числе и сердечно-сосудистые.

Согласно обследованию 27,3% жителей столицы практически не употребляют спиртные напитки, 34,1% выпивают только по праздникам, 13,9% - 1-2 раза в месяц, 11,5% - один раз в неделю, 10,8% - несколько раз в неделю, а 2,4% пьют каждый день (табл. 2.7).

Особо следует отметить значительную частоту потребления алкоголя женщинами – 11% из них выпивают не менее одного раза в неделю.

Таблица 2.7.

Частота употребления москвичами алкогольных напитков в зависимости от пола

	Мужчины (N=509)	Женщины (N=680)	Все население (N=1189)
Практически не употребляют	15,9	35,9	27,3
Только по праздникам	22,8	42,5	34,1
1-2 раза в месяц	19,1	10,0	13,9
1 раз в неделю	16,9	7,5	11,5
Несколько раз в неделю	20,4	3,5	10,8
Каждый день	4,9	0,6	2,4
Итого	100,0	100,0	100,0

Анализ зависимости частоты потребления алкогольных напитков от возраста показал, что молодежь употребляет алкоголь чаще, чем лица старших возрастных групп (рис. 2.11).

С возрастом заметно меняется и отношение к различным видам спиртного. Более молодые люди предпочитают пиво и по мере увеличения возраста частота потребления пива заметно уменьшается. Если в группе молодежи в возрасте до 30 лет доля любителей пива (употребляющих пиво не менее одного раза в неделю) составляет 34,5%, то в возрасте 61-70 лет – 8,2%, а в группе пожилых людей старше 70 лет - 2,2%. С возрастом москвичи отдают предпочтение крепким спиртным напиткам. В группе до 30 лет доля лиц, употребляющих не менее одного раза в неделю водку,

коньяк, самогон и пр. составляет 10%, и увеличивается до 14% в возрасте 41-50 лет, а затем вновь начинает снижаться (рис. 2.12).

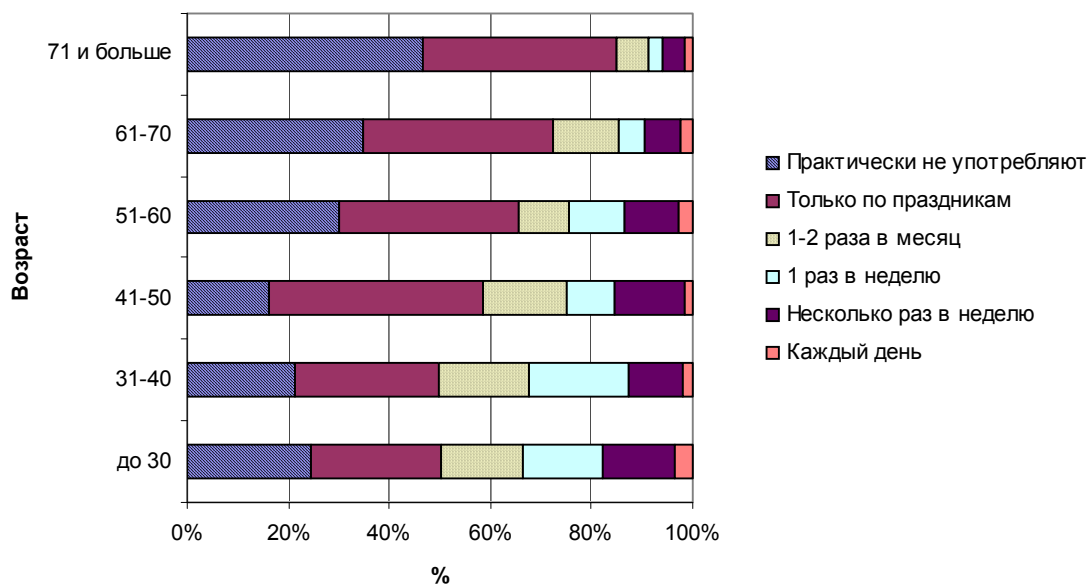


Рис. 2.11. Частота употребления москвичами алкоголя в зависимости от возраста

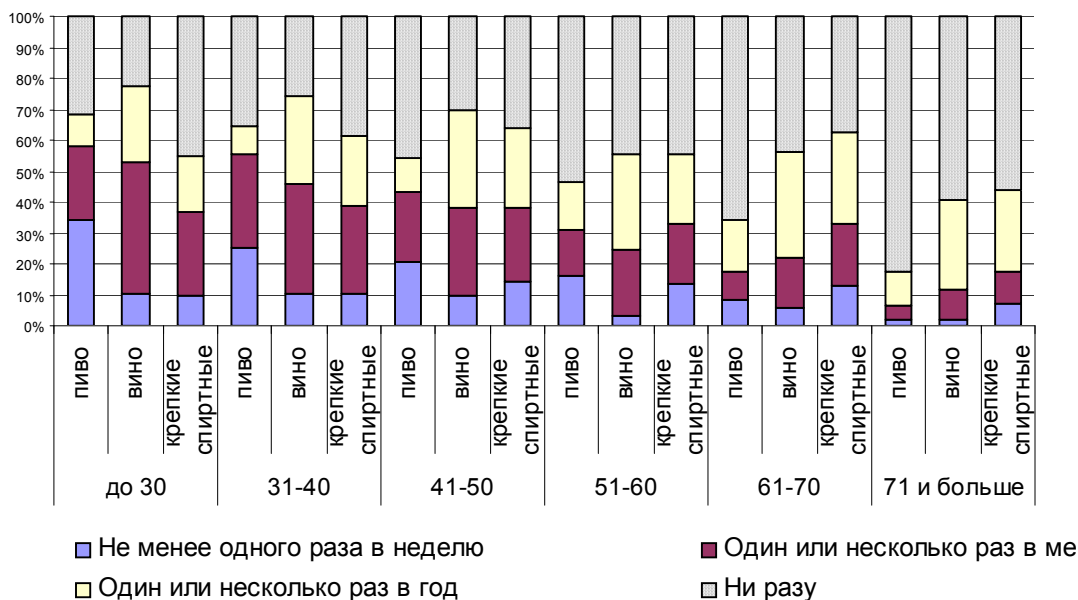


Рис. 2.12. Частота употребления москвичами различных алкогольных напитков в зависимости от возраста

Частота потребления алкогольных напитков сама по себе еще не определяет уровень и интенсивность алкоголизации населения, степень

опасности ее последствий для пьющих и для общества в целом. Наше исследование показало, что москвичи потребляют алкогольные напитки не только часто, но и много. При оценке потребления алкогольных напитков (в пересчете на чистый этанол) были использованы следующие массовые (весовые) концентрации чистого алкоголя (табл. 2.8):

Таблица 2.8.

Содержание чистого алкоголя в напитках

Тип напитка (и содержание в нем спирта в % по объему)	Стандартная порция (мл)	Содержание чистого алкоголя (г)
Пиво (5%)	250	9,8
Вино (11%)	120	10,4
Крепкие спиртные напитки (40%)	30	9,4

Источник: British Journal of Addiction, 85: 1171-1175 (1990).

Таблица 2.9.

Потребление москвичами чистого алкоголя за один прием (в граммах в среднем на каждого человека)

Возраст	Мужчины			Женщины			Все население		
	пиво	вино	крепкие напитки	пиво	вино	крепкие напитки	пиво	вино	крепкие напитки
До 30	55,7	43,7	94,3	27,7	30,0	43,5	43,1	36,0	74,8
31-40	46,7	37,9	84,5	27,8	29,2	38,7	38,8	33,3	68,0
41-50	44,0	40,6	90,0	21,5	23,3	37,0	34,5	30,3	69,4
51-60	29,5	32,8	78,1	21,1	22,2	36,5	25,7	25,4	58,7
61-70	24,2	26,3	53,6	13,2	12,6	23,6	20,3	17,4	38,6
71 и больше	31,9	21,9	46,5	10,3	11,4	27,6	24,7	14,9	38,7
Итого	43,3	37,5	79,7	23,8	23,5	35,2	35,0	29,1	61,3

Как видно из данных таблицы 2.9 в среднем за один прием женщины употребляют любых алкогольных напитков значительно меньше, чем мужчины. Среднее количество пива в пересчете на чистый алкоголь, потребляемый за один прием жителями Москвы, составило около 43 г среди мужчин и 24 г среди женщин, вина – 38 г среди мужчин и 24 г среди женщин, крепких алкогольных напитков – 80 г среди мужчин и 35 г среди женщин.

При этом как среди мужчин, так и среди женщин отмечается снижение потребления за один прием с возрастом.

Злоупотребление (употребление более 20 г/за раз) алкоголем любого вида во всех возрастных группах среди мужчин значительно выше, чем среди женщин (табл. 2.10). Наибольший процент лиц, употребляющих за раз более 20 г чистого алкоголя в виде пива и вина, определяется среди мужчин и женщин в возрасте до 30 лет, и с возрастом число этих лиц уменьшается. Среди любителей крепких спиртных напитков наибольший процент лиц, выпивающих чистый алкоголь более 20 г за раз, находится в возрастной группе 41—50 лет среди мужчин и 51-60 лет среди женщин.

Таблица 2.10.

Москвичи, употребляющие более 20 граммов чистого алкоголя за один прием (в % к соответствующей возрастной группе)

Возраст	Пиво			Вино			Крепкие спиртные напитки		
	Мужчины	Женщины	Все население	Мужчины	Женщины	Все население	Мужчины	Женщины	Все население
До 30	58,9	19,9	38,1	58,1	46,1	51,7	67,7	28,4	46,8
31-40	47,3	17,3	31,9	53,8	40,8	47,1	68,8	26,5	47,1
41-50	42,3	8,6	23,7	42,3	32,8	37,1	84,6	30,5	54,7
51-60	18,6	6,0	11,3	16,3	22,2	19,7	64,0	30,8	44,8
61-70	15,8	0,0	5,6	21,1	3,9	10,0	73,7	18,4	38,1
71 и больше	4,3	0,0	1,4	10,9	4,3	6,5	56,5	9,7	25,2
Итого	36,9	9,3	21,1	38,6	26,6	31,8	70,4	24,9	44,4

Наибольший вклад в общее количество употребляемого за неделю чистого алкоголя у мужчин вносят крепкие спиртные напитки (49,3%) и пиво (39,9%), в то время как вклад вин оказался значительно меньше (10,8%) (табл. 2.11). Однако доля различных напитков в общем количестве чистого алкоголя, выпитого за неделю, различается в зависимости от возраста. Молодые москвичи до 30 лет употребляют больше пива: 55,5% в структуре общего потребления чистого алкоголя. С возрастом пиво заменяется крепкими спиртными напитками.

У женщин в среднем наибольший вклад в общее количество употребляемого чистого алкоголя вносит пиво (35,4%), вино и крепкие спиртные напитки практически в равных частях (32,6% для вина и 32,1% для крепких напитков). С возрастом отмечается тенденция к снижению вклада пива и увеличению крепких напитков в общее количество употребляемого чистого алкоголя.

Таблица 2.11.

Вклад различных алкогольных напитков в общее количество употребляемого москвичами чистого алкоголя за неделю (в%)

Возраст	Мужчины				Женщины				Все население			
	ПИВО	ВИНО	крепкие напитки	ВСЕГО	ПИВО	ВИНО	крепкие напитки	ВСЕГО	ПИВО	ВИНО	крепкие напитки	ВСЕГО
До 30	55,5	14,2	30,3	100	43,7	34,7	21,6	100	53,6	17,6	28,8	100
31-40	33,4	11,3	55,3	100	37,3	32,8	29,9	100	34,0	14,8	51,1	100
41-50	40,9	9,6	49,5	100	34,5	34,3	31,3	100	40,0	13,1	46,9	100
51-60	23,5	5,2	71,2	100	30,5	28,3	41,1	100	24,8	9,3	66,0	100
61-70	21,3	6,6	72,0	100	6,2	27,0	66,7	100	18,8	10,1	71,1	100
71 и больше	9,9	9,8	80,3	100	2,0	24,3	73,7	100	9,2	11,1	79,7	100
Итого	39,9	10,8	49,3	100	35,4	32,6	32,1	100	39,2	14,3	46,6	100

Данные таблицы 2.12 еще раз свидетельствуют о том, что чрезмерное потребление алкоголя скорее является «вредной привычкой», свойственной мужчинам, нежели женщинам. Так, более 270 г чистого алкоголя выпили на неделе предшествующей опросу, 18% мужчин и только 1% женщин.

Таблица 2.12.

Распределение москвичей по количеству выпитого на неделе чистого алкоголя (%)

	Мужчины (N=510)	Женщины (N=680)	Все население (N=1190)
Не употребляли	31,4	67,5	52,0
До 70 г.	25,5	25,7	25,6
71-140 г.	15,1	4,3	8,9
141-210 г.	10,6	1,5	5,4
Больше 210 г.	17,5	1,0	8,1
Итого	100	100	100

Влияние образа жизни на здоровье

По расчетам отечественных ученых, вклад образа жизни в здоровье составляет 50–55%¹⁰. Его компоненты в большей степени способствуют преждевременной смерти человека. Наибольшее воздействие на здоровье оказывает питание (этот показатель так же может рассматриваться как индикатор бедности)¹¹. Наблюдается 5-кратный риск плохого здоровья для мужчин и 2-кратный риск для женщин, которые почти никогда не употребляют в пищу свежие овощи и фрукты в осенне-зимний период. Отсутствие физической активности в 2 раза увеличивает риск плохого здоровья для лиц обоего пола.

Потребление алкоголя провоцирует возникновение симптомов сердечно-сосудистых заболеваний у мужчин. Риск их возникновения увеличивается 2-кратно, если они потребляют свыше 210 г чистого алкоголя в неделю и трехкратно, если выпивают каждый день. Ожирение является другим фактором, увеличивающим риск сердечно-сосудистых заболеваний (в 2,58 раз у мужчин и в 1,83 раза у женщин). Одновременно недостаток веса для мужчин провоцирует 2-кратный риск возникновения проблем с сердцем.

Ранний возраст начала курения приводит к возникновению болезней дыхательной системы. Так, мужчины, начавшие курить в возрасте до 20 лет, имеют 2-кратный риск возникновения проблем с дыханием по сравнению с никогда не курившими мужчинами. Женщины, начавшие курить в возрасте 15-20 лет, в 2 раза чаще испытывают симптомы болезней органов дыхания по сравнению с никогда не курившими. Количество выкуриваемых сигарет значительно увеличивает риск заболеваний дыхательной системы.

Численность жителей города, имеющих два и более риска (никогда не занимаются физическими упражнениями, курят, употребляют алкогольные напитки каждый день, почти никогда не употребляют в пищу свежие овощи

¹⁰ Лисицын Ю.П. Теории медицины на стыке веков – XX и XXI. М. 1998.

¹¹ подробнее см. Кислицына О. Неравенство в распределении доходов и здоровья в современной России. М.: РИЦ ИСЭПН. 2005; Кислицына О. Фактор риска // Социальная и демографическая политика. 2006. №5.

и фрукты), составила 21,8%. Среди мужчин их было значительно больше (29,2%), чем среди женщин (16,2%). В целом треть (31% среди мужчин и 39,7% среди женщин) придерживаются здорового образа жизни (не имеют вредных привычек). При этом согласно полученным результатам, наблюдается трехкратный риск плохого здоровья для мужчин и двукратный риск для женщин, если они имеют две и более вредные привычки по сравнению с теми, кто таковых не имеет (рис. 2.13).

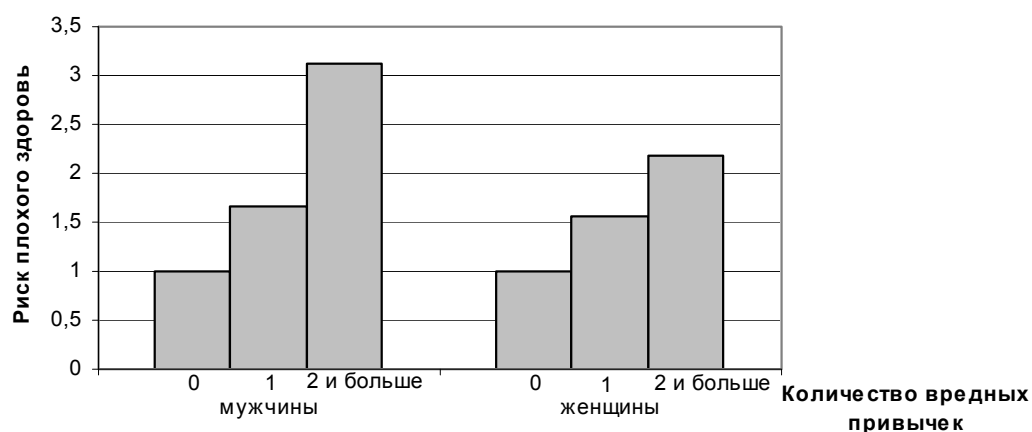


Рис. 2.13. Риск плохого здоровья москвичей в зависимости от количества вредных привычек

(для лиц, у которых количество вредных привычек =0, этот риск приравнен к 1).
Данные, скорректированные с учетом возраста, образования и семейного положения

Социально-экономические факторы, определяющие выбор образа жизни москвичей.

Все больше исследований подтверждают, что выбор образа жизни происходит под влиянием факторов, независящих от человека.

Главные факторы¹², оказывающие влияние на решение москвичей употреблять алкоголь в больших количествах¹³ следующие:

1. *Бедность*. Те респонденты, которые сообщили о двух и более экономических проблемах, имеют более чем 2-кратный риск

¹² подробнее см. Кислицына О. Неравенство в распределении доходов и здоровья в современной России. М.: РИЦ ИСЭПН. 2005; Кислицына О. Фактор риска // Социальная и демографическая политика. 2006. №5.

¹³ 313 г или больше чистого алкоголя в неделю, что эквивалентно 1 литру крепких спиртных напитков, 3 литрам вина или 8 литрам пива

злоупотребления алкоголем. «Удовольствие», которое люди получают в этом случае часто служит в качестве отвлечения и передышки от трудных жизненных ситуаций.

2. *Социальная неуверенность* (низкая степень ощущения свободы выбора и контроля над своей жизнью). Для тех респондентов, которые не в полной мере ощущают контроль над своей жизнью, наблюдается 2-кратный риск злоупотребления алкоголем по сравнению с теми, кто уверен, что может контролировать то, как он живет. Если люди полагают, что они не могут осуществить контроль над различными аспектами своей жизни, то они, вряд ли, будут пытаться заботиться о своем здоровье, здоровье семьи или сообщества, в котором они живут, ограничивая потребление алкоголя, отказываясь от курения и занимаясь физическими упражнениями.

3. *Одиночество, плохие взаимоотношения в семье*. Полученные результаты позволяют убедиться в значимости семейных отношений, оказывающих влияние на здоровье и выбор образа жизни. Плохие взаимоотношения в семье «подталкивают» к злоупотреблению алкогольными напитками (6-кратный риск). Хорошие отношения позволяют людям чувствовать, что о них заботятся, любят и ценят. Это уменьшает стресс, увеличивает контроль над своей жизнью и снижает социальную изоляцию – факторы, которые оказывают мощные защитные эффекты на здоровье. 4-кратный риск высокого потребления алкоголя наблюдается у одиноких. Однако в данном случае трудно различить причины и следствие. Злоупотребление алкоголем может быть вызвано плохим психологическим климатом в семье, одиночеством, но верно и обратное: повышенное потребление алкогольных напитков осложняет взаимоотношения в семьях, способствует их разрушению.

Таким образом, более бедные в социально-экономическом отношении группы населения, как правило, хуже питаются, менее физически активны, чаще и больше курят, злоупотребляют алкоголем, что обусловлено ограничениями материальными и временными ресурсами, а также

воздействием психосоциальных факторов. Поэтому борьба с злоупотреблением алкоголем и табакокурением не может быть эффективной без мероприятий, направленных на улучшение финансового и социального положения населения.

Обращаемость за медицинской помощью и профилактика заболеваний¹⁴

У работающих здоровье ассоциируется с возможностью выполнять те или иные виды деятельности, прежде всего, трудовые обязанности, а болезнь – с отсутствием времени и дилеммой между необходимостью выхода на работу или пропуска рабочих дней. Факт посещения медицинского учреждения и обращение за помощью к медицинскому работнику можно рассматривать как индикатор самосохранительного поведения.

Данные о частоте посещения врача в течение года в зависимости от самооценки здоровья показывают, что те, кто высоко оценивает свое здоровье, чаще обращаются за помощью в поликлиники. Реже ее посещают люди, которые проявляют пассивность в занятиях физкультурой и спортом, чаще употребляют спиртные напитки. В качестве причин, по которым недостаточно заботятся о своем здоровье, называют отсутствие необходимых для этого условий, а также незнание того, что нужно делать для поддержания своего здоровья.

По данным официальной статистики в последние годы население стало более активно обращаться к врачам: в 2000 г. число посещений на 1000 населения составляло 9400, в 2005 г. – 9850. В 2008 г. планируется увеличение до 12600 посещений на 1000 населения¹⁵.

При отсутствии комплексной государственной профилактической программы люди ведут себя более пассивно, направляют основные усилия, прежде всего, на обеспечение своего материального благополучия. В докладе

¹⁴ По данным И.Б.Назаровой

¹⁵ Доклад о результатах и основных направлениях деятельности Минздравсоцразвития РФ как субъекта бюджетного планирования на 2006 год и на период до 2008 года // http://mzsrrf.ru/dep_an_zdrav/262.html.

Минздравсоцразвития Российской Федерации о результатах и основных направлениях деятельности отмечено, что доля посещений врачей, сделанных с профилактической целью в 2000 г. составляла 32%, в 2005 – 34% и в 2008 планируется 38%¹⁶.

Программы в системе здравоохранения

Постоянные изменения в структуре управления системой здравоохранения, недофинансирование отрасли не могли не отразиться на функционировании системы оказания медицинской помощи населению на различных этапах взаимодействия с пациентами: в поликлинике, при оказании скорой (первичной) помощи, в проведении профилактических мероприятий. Последствия эти оказались тем более тяжелыми, поскольку налагались на результаты одновременного резкого падения уровня жизни подавляющего большинства населения и пережитого им сильнейшего стресса из-за изменений во всех сферах жизни. Стала очевидной необходимость безотложных инноваций и значительных финансовых вложений в систему здравоохранения, чтобы преломить неблагоприятную ситуацию, сложившуюся как в отрасли, так и со здоровьем населения. Поэтому укрепление системы здравоохранения в стране рассматривается в числе приоритетных национальных проектов ближайшего времени.

В Москве разработана и выполняется Городская целевая программа развития здравоохранения «Столичное здравоохранение» на 2006-2007 гг., которая включает разделы по всем направлениям работы отрасли.

Мероприятия в рамках национального проекта должны повлиять на повышение доступности квалифицированной медицинской помощи, оказав воздействие на самосохранительную активность части населения, для которой те или иные виды медицинских услуг и организации досуга были недоступны.

¹⁶ Доклад о результатах и основных направлениях деятельности Минздравсоцразвития РФ как субъекта бюджетного планирования на 2006 год и на период до 2008 года // http://mzsrrf.ru/dep_an_zdrav/262.html.

Введение родового сертификата и талона к родовому сертификату на посещение поликлиники в 2007 г. также могут оказать воздействие на самосохранительное поведение: усиливать профилактику, так как посещение медицинского работника позволяет поставить диагноз, а в случае выявления заболевания, начать своевременное лечение. Вместе с тем необходимо внедрение комплекса мер, направленных на сохранение здоровья матери и ребенка, которые должны последовать за постановкой диагноза. Ранняя диагностика и своевременное лечение позволяет существенно снизить затраты при возможном развитии хронических заболеваний.

Скорая помощь спасает человека от смерти в случае инфаркта, но предупредить опасную ситуацию со стороны нагрузок на работе, стресса и других неблагоприятных факторов невозможно. Иммунизация и развитие скорой помощи – это по сути дела замена самосохранительной активности граждан – активностью государства, которые вносят существенный вклад в сохранение жизни и здоровья населения, но не стимулирует менять свои установки. Мероприятия, связанные с увеличением числа профосмотров позволяют предположить, что активность государства станет импульсом для развития активности населения.

По данным Министерства здравоохранения и социального развития, во время дополнительной диспансеризации выявлено значительное число заболеваний по всем классам болезней. И в этой связи показатели статистики должны измениться в худшую сторону. Выявление болезней является положительным фактом, так как последует лечение больных, однако это не повлияет на предотвращение развития заболеваемости у других, и не изменит самосохранительного поведения в отношении здоровья.

Мероприятия, проводимые в рамках реорганизации медицинской помощи могут положительно повлиять на состояние здоровья населения как физическое, так и психическое. Однако большинство из них направлено на смягчение последствий неблагоприятной ситуации, связанной с состоянием здоровья, а не на устранение причин. В качестве мотивов работы в

неблагоприятных условиях труда государство и работодатель продолжают использовать фактор материального стимулирования, а не устранение негативного влияния производственной среды. Самым сложным является изменение установок населения в отношении к своему здоровью. Некоторые меры в рамках национального проекта, могут мотивировать самосохранительную активность граждан в отношении личного здоровья или здоровья близких. Однако для того, чтобы оценить результаты инноваций в системе здравоохранения необходим мониторинг качества, включающий измерение уровня удовлетворенности населения медицинской помощью.

2.3. Социальные девиации

Расширяется девиантное поведение (проституция, алкоголизация и наркотизация), негативно сказывающееся на состоянии здоровья населения, в которое все чаще втягиваются женщины и дети.

Проституция

По экспертным оценкам только в Москве насчитывается до 150000 лиц, занимающихся проституцией¹⁷. Подавляющее большинство проституток - женщины в возрасте от 12 до 34 лет, не менее четверти из которых составляют несовершеннолетние. Основными причинами, оказавшими влияние на выбор этого рода деятельности, большинство из работниц сексуальной сферы услуг называет тяжелое материальное положение. Некоторых женщин подтолкнул пример подруги, имеющей опыт занятия проституцией, а также информация СМИ, формирующая «престижный» образ проститутки. 68% опрошенных проституток заявили, что не могли устроиться на работу с достойной оплатой труда. Почти 13% сообщили, что их заставили заниматься этой профессией. Согласно опросам в Москве, 46% работниц секс-индустрии «занят» в этой сфере до 1 года, 39% - от 1 года до 3 лет, 14% - от 3 до 5 лет и только 1% - более 5 лет. Треть (33%) проституток совмещают этот род деятельности с другой работой или учебой.

¹⁷ По результатам исследования Н. Е. Марковой

Современные реалии, вызвавшие широкое распространение проституции и сопутствующие деструктивные явления следующие: продвижение нелегальных сексуальных услуг, возникновение латентных торговых сетей и агентов; распространение сопутствующих товаров (наркотики). Внедрение систем маркетинг-мик позволило активно стимулировать целевые потребительские группы; изменять нормы и ценности, формировать девиантные модели поведения и деструктивный образ жизни.

Популярные газеты и журналы миллионными тиражами печатают рекламу сутенеров. Телевидение включает программы с участием лиц, занимающихся проституцией. Интернет переполнен сайтами с описанием услуг, адресами и номерами телефонов проституток. Предлагается широкий спектр платных половых развлечений - от педофилии до геев, лесбиянок, транссвеститов и группового секса. Ширится сеть секс-шопов и сайтов в Интернете, предлагающих сексуальные игрушки, одежду и снадобья.

Распространение продукции порно-индустрии, являющейся частью секс-индустрии привело к аномии в обществе: вторжение деструкций в интимную сферу вызвало стрессы, депрессии; распространение сожителств, половых девиаций, частую смену партнеров, увеличение абортоспособных несовершеннолетних, сокращение деторождения, увеличение числа разводов, брошенных детей и семей. Удовлетворение половых потребностей из лона супружества переместилось в опасную сферу секс-индустрии.

Начало половой жизни в раннем возрасте ведет к половым дисфункциям, использование опасных контрацептивов - к росту бесплодия среди женщин, беспорядочная половая жизнь, частая смена партнеров - к нарушению мужского сперматогенеза и бесплодию. Происходит инвалидизация лиц, вовлеченных в русло секс-индустрии, утрачивается репродуктивное здоровье, сокращается срок жизни. Наблюдается рост депрессий, психических и психологических заболеваний, связанных со стрессовыми ситуациями в интимной сфере, увеличение ЗППП, рост самоубийств среди мужчин, женщин и детей.

Распространение социальных заболеваний (ЗППП, ВИЧ/СПИДа, гепатита С, наркотизма), представляющих опасность для общества, имеет прямое отношение к распространению услуг секс-индустрии. Согласно отечественным и зарубежным исследованиям до 80% лиц, занимающихся проституцией, употребляют наркотики. Через сеть секс-индустрии осуществляется сбыт наркотических веществ. По данным экспертов от трети до половины лиц, оказывающих сексуальные услуги, ВИЧ-инфицированы и играют существенную роль в распространении эпидемии ВИЧ\СПИДа. Большинство лиц, занимающихся проституцией, погибают от алкоголя, наркотиков, «изношенности» организма, инфекционных заболеваний или кончают жизнь самоубийством.

Алкоголизация

В прошедшее десятилетие выявляется некоторая стабилизация показателей, характеризующих распространенность алкоголизма среди населения, на достаточно высоком уровне. В настоящее время по данным Росстата РФ на учете в лечебно-профилактических учреждениях состоит 2151934 больных алкоголизмом и алкогольными психозами (1513,1 на 100 тыс. населения). В столице численность больных составляет 95341 человек (876,9 на 100 тыс.).

Однако необходимо учитывать, что данные о заболеваемости алкоголизмом и учете больных далеко не полные, а больные алкоголизмом составляют лишь 4-7% от всех злоупотребляющих алкоголем. Однако и эта «вершина айсберга» дает определенное представление о степени злоупотребления населения алкоголем. Но и в этом случае следует учитывать, что значительная часть больных алкогольной зависимостью (как и наркоманиями) лечится анонимно или частно и выпадает из зоны официального учета. По оценкам Г.Онищенко если к состоящим на учете

больным алкоголизмом и алкогольными психозами прибавить еще анонимных алкоголиков, то реальная цифра приблизится к 5 млн. человек¹⁸.

Масштаб и динамику алкоголизации населения подтверждают данные о смертности населения от причин прямо или косвенно связанных с употреблением алкоголя (табл.2.13).

Таблица 2.13.
Смертность от причин, связанных с употреблением алкоголя¹⁾, в Москве

	1992	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005 ²⁾	2006 ²⁾
Все население									
Всего умерших, человек	450	2430	1386	1825	1983	2013	1900	3520	3581
в том числе в трудоспособном возрасте	390	1992	1016	1357	1396	1442	1373	2617	2703
Всего умерших на 100 000 человек населения	5,0	26,5	13,8	17,9	19,2	19,4	18,3	33,8	34,3
в том числе в трудоспособном возрасте	7,3	36,5	15,9	20,7	21,0	21,2	20,1	38,3	39,7
Мужчины									
Всего умерших, человек	391	1933	1092	1359	1508	1500	1381	2590	2705
в том числе в трудоспособном возрасте	347	1655	817	1058	1103	1125	1052	2031	2147
Всего умерших на 100 000 человек населения	9,5	46,0	23,1	28,1	30,7	30,3	27,9	52,2	54,5
в том числе в трудоспособном возрасте	13,0	59,2	24,7	31,0	31,8	31,5	29,2	56,2	59,4
Женщины									
Всего умерших, человек	59	497	294	466	475	513	519	930	876
в том числе в трудоспособном возрасте	43	337	199	299	293	317	321	586	556
Всего умерших на 100 000 человек населения	1,2	10,0	5,6	8,7	8,8	9,4	9,5	17,0	16,0
в том числе в трудоспособном возрасте	1,6	12,7	6,5	9,5	9,2	9,8	10,0	18,2	17,3

Московский статистический ежегодник 2007. М. Мосгорстат. 2007

¹⁸ по оценке Г. Онищенко, www.regnum.ru/news/960920.html

- 1) Случайные отравления алкоголем, хронический алкоголизм, алкогольный психоз, алкогольный цирроз печени.
- 2) С 2005 года дополнительно включаются данные по смертности населения от следующих причин: алкогольная кардиомиопатия; дегенерация нервной системы, вызванная алкоголем; хронический панкреатит алкогольной этиологии.

За последнее десятилетие резко увеличилось число детей и подростков, потребляющих алкоголь и страдающих от заболеваний, связанных с алкоголем (табл. 2.14).

Таблица 2.14.

**Контингенты подростков в возрасте 15-17 лет, больных расстройствами, связанными с потреблением алкоголя, в России
(на конец года)**

	1990	1995	2000	2005	2006
Численность больных, состоящих на учете в лечебно-профилактических учреждениях:					
алкоголизм и алкогольные психозы					
всего, человек	846	1099	1312	2550	1982
на 100 000 подростков	13,6	16,7	17,5	36,7	30,9
Кроме того, численность больных, состоящих на профилактическом учете в связи с употреблением с вредными последствиями:					
алкоголя					
всего, тыс. человек	45,2	53,9	59,4	63,9	64,1
на 100 000 подростков	729,2	816,9	791,1	921	999

Здравоохранение в России 2007. М. Росстат. 2008

Основными причинами алкоголизации населения являются: низкие цены на алкогольную продукцию; нелегальный рынок алкоголя (65% крепких напитков); манипулятивная стимуляция потребительского спроса, направленная на целевые группы 12-18; 18-25; 25-40 лет. Наблюдается постоянное увеличение потребления алкоголя, особенно за счет пива, которое юридически не считается алкогольным напитком. Бурное развитие этой отрасли приводит к тому, что возраст «пивных алкоголиков» молодеет. При этом не уменьшается и потребление тяжелых алкогольных напитков и суррогатов.

Если в 2000 г. в Москве на душу населения приходилось - 18,8 л водки и ликеро-водочных изделий, 0,6 л коньяка, 61,9 л пива, то в 2006 – эти цифры достигли соответственно 26,2 л., 1,3 л. и 122,2 л. В структуре

потребительских расходов домашних хозяйств Москвы расходы на покупку алкогольных напитков за десять лет выросли, практически, в два раза с 1,37% в 1997 г. до 2,5% в 2006 г.

Можно выделить два основных класса проблем, связанных с неумеренным потреблением алкоголя. К первому относятся негативные последствия для самого пьющего (разрушение его здоровья и личности). Ко второму - негативные последствия для общества в целом (усиление связанных с пьянством социальных проблем). Происходит увеличение конфликтов в семье и ее разрушение (по оценкам 50–60% всех разводов связано с пьянством одного из супругов), рост социального сиротства, рост материальных трудностей и преступности (90% случаев хулиганства и изнасилований при отягчающих обстоятельствах, 70% случаев грабежей, разбойных нападений, нанесений тяжких телесных повреждений, 40% убийств связаны с опьянением). Круг проблем для общества включает нарушения общественного порядка, дорожно-транспортные происшествия, несчастные случаи на производстве, снижение производительности труда, прогулы, а также экономический ущерб, вызванный расходами на лечение, пособия по нетрудоспособности, на борьбу с преступностью, связанной с алкогольным опьянением.

Наркотизация

Последние десятилетия показали небывалый всплеск наркотизации в обществе (рис. 2.14). На конец 2006 г. на учете в лечебно-профилактических учреждениях состояло 33349 больных наркоманией (234,4 на 100 тыс. населения), в то время как по данным ФСКН в 2007 г. в стране численность потребителей наркотиков - 3-4 млн. В столице число состоящих на учете в связи с наркоманией - 22400 (214,5 на 100 тыс.), что существенно превышает аналогичный показатель по Центральному федеральному округу (147 на 100 тыс.).

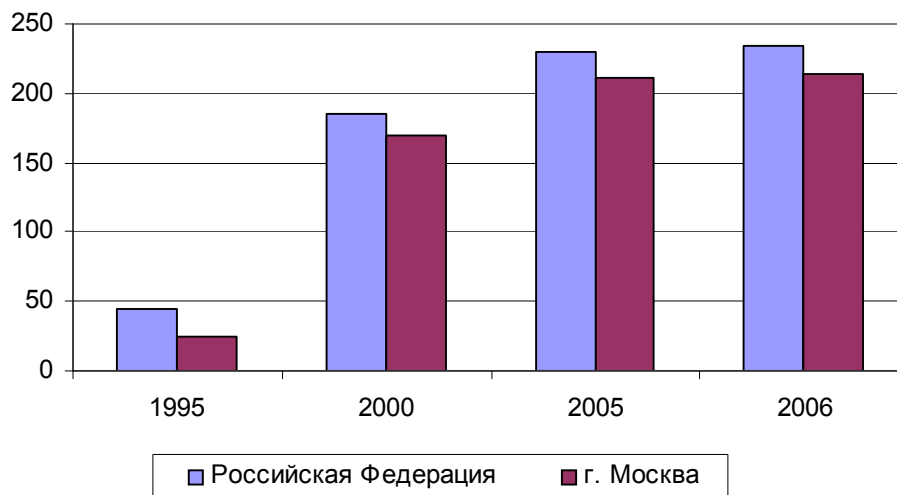


Рис. 2.14. Численность больных наркоманией, состоящих на учете в лечебно-профилактических учреждениях (на 100 тыс. населения)

Здравоохранение в России 2007. М. Росстат. 2008

Продолжается рост общей заболеваемости наркоманией и токсикоманией среди подростков (табл. 2.15).

Таблица 2.15.

Контингенты подростков в возрасте 15-17 лет, больных расстройствами, связанными с наркоманией и токсикоманией, в России (на конец года)

	1990	1995	2000	2005	2006
Численность больных, состоящих на учете в лечебно-профилактических учреждениях:					
наркомания					
всего, человек	471	3027	9062	1443	1361
на 100 000 подростков	7,6	45,9	120,7	20,8	21,3
токсикомания					
всего, человек	1952	1557	3482	4193	4020
на 100 000 подростков	31,5	23,6	46,4	60,4	62,7
Кроме того, численность больных, состоящих на профилактическом учете в связи с употреблением с вредными последствиями:					
наркотических веществ					
всего, тыс. человек	2,8	8,8	16	7,6	7,5
на 100 000 подростков	45,2	133,4	213,1	108,9	116,9
ненаркотических веществ					
всего, тыс. человек	9,7	8,6	8,8	11	11
на 100 000 подростков	156,5	130,3	117,2	158,7	171,6

Здравоохранение в России 2007. М. Росстат. 2008

По данным опросов¹⁹ в 2006 г. пробовали психоактивные вещества (ПАВ) 25% учащихся, 30-45% студентов Московских ВУЗов. При этом 75% потребителей наркотиков употребляют героин. 40% госпитализаций в детские психиатрические учреждения составляют подростки, злоупотребляющие ПАВ. 80% ВИЧ-инфицированных являются внутривенными потребителями наркотиков. Среди ПИНов²⁰ ВИЧ-инфицированы 12,9% , болят вирусным гепатитом «С» - 63%.

Причины неблагоприятной наркологической ситуации в стране: отсутствие системной первичной профилактики, низкая эффективность лечения (как в государственных, так и в негосударственных учреждениях), слабость законодательной базы для нормативно-правового обеспечения профилактической и лечебно-реабилитационной работы.

Опасность для общества и государства, представляемая наркозависимым, состоит в том, что он может занимать должности, исполнение которых связано с ответственностью за жизнь других людей (водитель, военный, врач и т.д.); члены семьи наркозависимого постепенно становятся «созависимыми», втянутыми в орбиту его интересов и расплачиваются здоровьем, имуществом, жизнью за его пристрастие; высокий уровень преступности среди наркозависимых, связанный с необходимостью ежедневно добывать крупные суммы, необходимые для приобретения наркотика. В 2006 г. совершено 212, 0 тыс. преступлений, относящихся к незаконному обороту наркотиков. Это на 21% больше, чем в 2005 г. При этом 11,6 % преступлений связаны со сбытом наркотиков. Следующие этапы – мошенничество, воровство, бандитизм, грабежи.

¹⁹ Данные Н.Е.Марковой

²⁰ ПИН – потребитель инъекционных наркотиков