

ни, пришли новые, главным образом болезни кровообращения. Эти причины смерти у нас преодолеваются гораздо медленнее, чем в экономически развитых странах.

Сверхсмертность от несчастных случаев, травм, отравлений и прочих экзогенных причин смерти – другой важный фактор низкой продолжительности предстоящей жизни населения региона, особенно у городских мужчин. В Якутии он второй по важности в снижении общей продолжительности жизни, происшедшем между 1988-1989 и 1995-1996 гг.

Низкий уровень продолжительности жизни населения региона по сравнению с уровнем РФ и его продолжающееся снижение связаны с двумя основными факторами высокой смер-

тности – это смертность от болезней системы кровообращения, показатели которой в отличие от развитых стран не снижаются, а, наоборот, возрастают, и сверхсмертность от несчастных случаев, отравлений, травм, убийств и самоубийств, особенно в трудоспособном возрасте и у мужчин, которая также имеет тенденцию к росту и является ведущей причиной снижения продолжительности жизни. Третьим по значению фактором стала смертность от новообразований. Кроме того, сравнительно высокой остается и смертность от болезней органов дыхания и пищеварения.

В связи с вышеизложенным, приоритетным направлением демографической политики должно стать снижение смертности населения трудоспособ-

ного возраста. Меры государственного воздействия на процессы смертности должны заключать в себе не только и не столько улучшение работы системы здравоохранения, сколько профилактику заболеваемости, улучшение санитарно-эпидемиологической и экологической обстановки в республике. Важна также более широкая пропаганда здорового образа жизни, воспитание самосохранительного поведения и, главное, создание условий для его реализации. Реальность этих ожиданий вполне подтверждается снижением смертности в середине 1980-х гг., когда были предприняты решительные шаги в борьбе с алкоголизмом. В итоге это отразится и на качестве народонаселения в целом и трудовых ресурсах как одной из его составляющих.

А.В. Павлов

ДИНАМИКА АВТОМОБИЛЬНОГО ТРАВМАТИЗМА И МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ ЕГО СНИЖЕНИЯ

В Республике Саха (Якутия) динамика показателей смертности в дорожно-транспортных происшествиях (ДТП), произошедших по вине нетрезвых водителей, имеет первое снижение в 1986 г., когда отметка достигла 29 случаев по сравнению с максимальной 65 в 1981 г. Действующий закон борьбы с пьянством и алкоголизмом и самогоноварением, принятый майским пленумом ЦК КПСС в 1985 г., имел незамедлительный эффект, потому что в конечном результате были заинтересованы все – от самого государства до его начальной ячейки – семьи. При распаде Советского Союза к 1990 г. показатели смертности от автотравм, допущенных по вине нетрезвых водителей, достигли 85 случаев, т.е. в 3 раза больше по сравнению с 1986 г. Таким образом, мнение о прямой зависимости общей алкоголизации населения и роста автотравм, допущенных по вине нетрезвых водителей, может быть правомерно, когда не принимаются никакие меры по их предупреждению. В настоящее время сокращения наркологических заболеваний, достигнутого во второй половине 80-х гг. XX в., вероятно, не приходится ожидать, т.к. считается, что лечение алкоголизма должно проводиться только на доб-

ровольной основе (ст.2 Закона РС (Я) 3 №71-11 от 17 февраля 1999 г.).

В долгосрочной динамике аварийности на дорогах республики в периоды по десять лет в до- и постперестроечное время, начиная с 1981 г., нетрезвость водителей как одна из причин смертности составляет 30% от всех случаев гибели людей в ДТП, т.е. наркологический контроль при его эффективном исполнении может служить одним из заметных резервов снижения смертности людей на дорогах региона. Подъем автомобильного травматизма начала 1990-х гг. положо снижается к 1998 г. и может характеризоваться как исчерпание себя поколения, имевшего аддиктивное (зависимостное) состояние. Появление нового поколения, страдающего аддиктивным состоянием и управляющего транспортом в нетрезвом состоянии, может проявиться в новых подъемах в динамике аварийности на дорогах республики. Так, увеличение раненых в 1999 и 2003 гг. – 323 и 286 случаев соответственно с тенденцией к новому росту травматизма, свидетельствует о сохранении напряженности в связи с продолжающимся употреблением алкогольных напитков находящимися за рулем. Хотя имеется в дальнейшем положительная тенденция к снижению смертности от автотравм путем усиления функции контролирующих органов, ос-

новная проблема употребления алкоголя (пьянства) населением остается нерешенной. Так, если за 2007 г. нетрезвость за рулем как одна из причин гибели людей в ДТП составляет 15% от всей смертности на дорогах региона, то это снижение требует изучения – или это появление признаков стабилизации социально-экономических условий существования северян, как и многих регионов РФ, после процессов распада советской системы в 90-е гг., или причиной является ужесточение закона об административной ответственности при вождении автомобиля в нетрезвом состоянии. Поэтому прогноз динамики несчастных случаев от ДТП станет зависимым от существующего уровня психического здоровья населения региона в целом.

Таким образом, при раскрытии эпидемиологической ситуации автомобильных травм в регионе косвенно возможно выявить уровень распространенности аддиктивного состояния употребляющих алкогольные напитки. Как известно, до наступления признаков заболевания употребляющие алкоголь люди проходят три ступеньки нарастающей зависимости: эпизодическое, ситуационное и систематическое употребление (Бехтель, 1986). Поэтому вопрос о ранней диагностике так же актуален, как и сама проблема профилактики алкоголизма в различных

половозрастных группах населения.

В последние годы отмечается тенденция повышения роста ДТП, соответственно – числа раненых (живых) и снижение числа погибших. Согласно отчетности УГИБДД МВД РС (Я), в 2007 г. число ДТП выросло на 31,1%, число раненых – на 36,1% и снизилось число погибших на 36,1% по сравнению с 2006 г. Наряду с происходящим отмечается усиление функции контроля со стороны Госавтоинспекции и ужесточение законодательной базы по обеспечению безопасности дорожного движения.

На 3-м Международном конгрессе по безопасности уличного движения приняты следующие шкалы: при содержании в крови водителя $0,3\%_{00}$ алкоголя вероятность аварий увеличивается в 7 раз, при $1-1,4\%_{00}$ – в 31 раз, при превышении $1,4\%_{00}$ – в 128 раз по сравнению с трезвым (И.С. Храпов с соавторами, 1970). В данное время аварии больше совершаются автомобилями из частного сектора, что требует новых форм организации безопасности дорожного движения в этом секторе. Согласно с ранее выполненной патоморфологами республики научной работой о происхождении автомобильных травм в Якутии и в г. Якутске, четко прослеживается сезонность их возникновения – в основном в летне-осеннее время – 61,4% от годового показателя со смертельным исходом, с наступлением холодов эта цифра снижается. По РФ смертельная автомобильная травма составляет 40-60% всего летального травматизма и занимает первое место среди всех случаев насильственной смертности. В Якутске – 10,9%. В плане распределения по дням недели – больше попадают в ДТП в понедельник – 17,2% и в субботу – 16,8%, причиной может быть повышение передвижения населения в данные дни недели. Погибают преимущественно в течение основного рабочего времени (до 18 ч – 59,8%). Больше страдают пешеходы – 72,4%, пассажиры – 15,3%, водители – 3,4%. Детско-подростковая смертность составляет 13,8% – выше, чем по РФ, в возрастной группе 18-55 лет – 75,8%. Мужчины получали смертельную травму в 76,6% случаев. Гибель пострадавших в основном наступала на месте происшествия в 82,8% всех случаев смертности от полученных автотравм. Главными причинами летального исхода являются черепно-мозговая травма, шок и кровотечение. Основной причиной возникновения ДТП яв-

лялось нарушение правил уличного движения водителями автомобилей (77,6%) и пешеходами (21,7%). В г. Якутске 48% погибших в ДТП имели алкогольное опьянение (Башарин К.Г., Попов В.Г., 1997).

По РФ летальные исходы при ДТП наступают у 9,5% пострадавших, причем в 52,3% случаев они умирают на месте происшествия, 2,5% случаев – в процессе транспортировки, 6% случаев – в приемных отделениях и в 38,8% случаев – в других отделениях стационаров (Мыльникова Л.А., 2003). Как видно, летальность на месте ДТП в РС (Я) высокая, обусловленная, вероятно, организационными причинами, удаленностью мест ДТП от населенных пунктов при низких качествах существующей дорожной сети и др. Известно, что при оказании помощи в течение первых 9 мин после получения травмы удается спасти жизнь 90% пострадавших, спустя 18 мин – только 15%. Другой аспект риска повышения смертности в ДТП – это отсутствие оказания специализированной помощи пострадавшим. При транспортировке пострадавших в лечебные учреждения попутным транспортом погибают 82,6% пациентов, фельдшерской бригадой – 66,3, специализированной бригадой – 17,4%. Практически нет оказания правильной первой помощи на месте, отсутствует система подготовки специалистов для медицинских формирований и для немедицинских служб, участвующих в ликвидации дорожно-транспортных происшествий. Сведения для слушателей по оказанию неотложной помощи при получении водительских прав имеют формальный и временный характер, на практике получается обратное, т.е. помощь не оказывается. Поэтому, чтобы снизить летальность на месте происшествия, необходимо создать законодательную базу, обеспечивающую обязательное оказание первой помощи участниками дорожного движения.

Приоритет, естественно, отдается профилактической направленности по части медицинского обеспечения безопасности на всех этапах ее проведения, в первую очередь на этапе отбора годности для получения водительских прав. Далее при случаях административного нарушения с фактом употребления алкоголя за рулем, тем более при повторных наказаниях, уже должно проводиться наркологическое освидетельствование, а при необходимости и оказание специализированной

помощи. Пока из всех предложений по части медицинского обеспечения безопасности дорожного движения в республике, представленных в межведомственную комиссию в Правительстве РС (Я) от 29 декабря 2007 г., Минздравом принят во внимание только пункт оказания специализированной неотложной помощи на месте ДТП, остальные пункты сочтены недопустимыми и неприемлемыми законом и прочими причинами, в т.ч. отвергнуты предложения научного изыскания путей решения травматизма на дорогах северного региона.

Известно, что чем больше доли валового национального продукта вложено в область предупреждения транспортного травматизма, тем разительнее результаты по сохранению жизней на дорогах. Так, страны с высоким уровнем дохода решают задачи по снижению ДТП и автотравм эффективнее, чем страны с низким и средним уровнем дохода, где при ограниченных кадровых и финансовых ресурсах для правительства затруднительно применять рекомендации в чистом виде. В таких случаях для осуществления задач по снижению ДТП в мировой практике предлагается сотрудничать с международными или неправительственными организациями или другими партнерами.

Таким образом, с учетом мировой практики для эффективного решения проблем, связанных с обеспечением безопасности дорожного движения, нужны следующие условия:

1. Определить ведущее учреждение в правительстве, которое будет направлять работу в области дорожной безопасности на национальном уровне.

2. Строить национальную стратегию дорожной безопасности минимум на 5-10 лет и иметь достаточные финансовые и кадровые ресурсы для ее решения.

3. Осуществлять конкретные мероприятия по предупреждению ДТП: больше пользоваться общественным транспортом; строить пешеходные переходы; ограничивать скорости; пользоваться ремнями безопасности; вести постоянный контроль над употреблением алкоголя и др.

4. Содействовать укреплению национального потенциала по снижению авто-, мото-, и других видов транспортных травм и придерживаться сотрудничества на всех уровнях, в т.ч. на международном.

Литература

- Энтин Г.М. Лечение алкоголизма (Руководство для врачей / Г.М. Энтин. - М., 1990.
2. Закон РС (Я) от 17 февраля 1999 г. №71-11 «О наркологической помощи в Республике Саха (Якутия)».
Ежегодный стат. отчет УГИБДД МВД РС (Я), 1981 - 2007 гг.

Павлов А.В. Автомобильный травматизм по вине нетрезвых водителей: проблемы и пути их решения / А.В. Павлов// Якут. мед. журнал. - 2007. - №1(17). - С.44-45.

Попов В.Г. Автомобильные травмы в Якутии / В.Г. Попов. - 1997.

Мыльникова Л.А. Медицинское обеспечение безопасности дорожного движения /

Л.А. Мыльникова. 2003 г. <http://healthroad.ru/php/content.php?id=233>

Дорожно-транспортный травматизм в Российской Федерации 1999-2003 гг. <http://healthroad.ru/php/content.php?id=261>

Всемирный доклад о предупреждении дорожно-транспортного травматизма: резюме. ВОЗ. - Женева, 2004 г.

И.А. Иванов

МАНИАКАЛЬНО-ДЕПРЕССИВНЫЙ (АФФЕКТИВНЫЙ) ПСИХОЗ

Маниакально-депрессивный психоз (МДП) – психическое заболевание, протекающее в форме депрессивных и маниакальных фаз (приступов), в промежутках между которыми человек практически здоров. Другими словами, он выходит из приступа с полным восстановлением критического отношения к перенесенному болезненному состоянию при полном исчезновении всей психопатологической симптоматики. Также в межфазном периоде отсутствуют изменения преморбидных (добольных) характерологических и личностных особенностей, сохраняются профессиональные знания и навыки. Отсутствие так называемого дефекта личности, что наблюдается при шизофренической болезни, даже после неоднократных приступов болезни – свидетельство благоприятного прогноза этого заболевания в целом. В американизированной МКБ-10, которой мы руководствуемся уже свыше 10 лет, маниакально-депрессивный психоз переименован на аффективный. Но в лексиконе нынешних российских психиатров нозологический термин «маниакально-депрессивный психоз» останется надолго, ибо длительно существовавший, ставший привычным и даже близким термин, не сразу исчезнет из нашего словарного запаса.

Маниакально-депрессивный психоз как самостоятельное заболевание было выделено в 1896 г. немецким психиатром Эмилем Крепелиным. Он объединил, основываясь на единстве клинических проявлений и характера течения, такие считавшиеся ранее самостоятельными заболеваниями формы, как мания, меланхолия и циркулярный психоз, с чередованием противоположных фаз или со сдвоенными (без светлого промежутка) кон-

трастными фазами. Маниакально-депрессивный психоз относится к кругу эндогенных психозов, провоцируемых наследственными и конституциональными факторами. В семьях больных МДП много лиц, перенёсших как выраженные, так и стёртые приступы этой болезни, а также людей с повышенной аффективной лабильностью. Нередки случаи заболевания и родителей, и детей. Маниакально-депрессивный психоз часто возникает у лиц 15-30-летнего возраста. Частота его манифестации среди лиц среднего и более старшего возраста значительно уменьшается. Но, как свидетельствуют данные, в практике известны манифестации этого заболевания и у лиц старше 70 лет. Известный психиатр советского времени И.И. Лукомский (1968) отмечал, что частота появления данного психоза увеличивается у лиц старше 40 лет. Но при более тщательном изучении картины болезни в среднем и пожилом возрасте часто удаётся установить, что задолго до т.н. манифестации болезни наблюдались периодические фазовые колебания настроения – от кратковременных приступов беспричинной, как казалось, тоскливой подавленности, недомогания до повышения жизненного тонуса с немотивированным оптимизмом и воодушевлением. Однако такие изменения психики остаются вне психиатрической консультативной помощи, так как легко можно объяснить возможные правдоподобные причины их возникновения.

Первый приступ маниакально-депрессивного психоза обычно возникает в связи с воздействием каких-либо неблагоприятных факторов внешнего воздействия (травм, заболеваний внутренних органов, инфекций и интоксикаций), а также в кризисные периоды развития, в предменструальный и менструальный циклы. Кроме этого провоцирующую роль психических травм отмечали многие известные

психиатры В.П.Осипов (1931), В.А. Гиляровский (1954), А.И. Смоленский (1974). Многие исследователи едины во мнении, что по мере течения болезни роль внешних факторов уменьшается, а эндогенных (наследственных, конституциональных) – увеличивается. С депрессивной фазы МДП начинается в 60% случаев, а с его амбулаторной, непсихотической формы, называемой циклотимия – в 90%. По усреднённым данным, биполярный тип течения, характеризующийся чередованием депрессивных и маниакальных фаз, отмечается приблизительно в 30% случаев, монополярный депрессивный тип – в 60 и монополярный маниакальный – в 10%. Некоторые современные авторы приводят чуть иные данные: более чем у 50% больных заболевание протекает в виде одних депрессивных фаз и примерно у 5% – в виде только маниакальных (монополярное течение). Строго определённых закономерностей в течении маниакально-депрессивного психоза, частоте фаз, их последовательности и продолжительности и частоте межфазных выздоровлений (интермиссий) не установлено. В одних случаях наблюдается смена одной фазы другой без светлого промежутка, в других, что чаще, – со светлым промежутком от нескольких часов, дней до десятка лет. Следующий приступ может быть депрессивным или маниакальным, вне зависимости от типа первого или предыдущего приступа. Продолжительность фаз также различна, но чаще всего депрессивные фазы МДП протекают длительно, в течение нескольких месяцев, иногда до одного года и более, превышая в среднем продолжительность маниакальных фаз (А.Кеппинский, 1979). Выход из болезненного состояния бывает обычно постепенным, с равномерно затухающими суточными колебаниями настроения, реже – внезапный.

ИВАНОВ Иван Андреевич – врач-психиатр высшей категории, член Союза журналистов России.