

тельные материально-бытовые условия, нарушение стационарного режима, пребывание в местах лишения свободы, отказ от оперативного лечения.

3. Ведущими признаками, составляющими клинические критерии инвалидности по туберкулезу органов дыхания, являются: распространенность процесса более 3 сегментов, двусторонний процесс, наличие деструкции легочной ткани, массивное бактериовыделение, лекарственная устойчивость, хронический алкоголизм и заболевания печени и мочевыделительной системы.

4. По наиболее часто повторяющимся признакам клинико-социального характера можно судить о критериях прогнозирования инвалидности у больных туберкулезом легких.

Такое положение препятствует эффективному лечению и диктует необходимость поиска комплексных лечебных мероприятий, включающих соблюдение стандартов химиотерапии с учетом лекарственной чувствительности, раннего неспецифического патогенетического лечения, повышения хирургической активности.

Литература

1. Сухов В.М. Некоторые особенности качества жизни больных туберкулезом легких / В. М. Сухов, Е. В. Сухова // Проблемы туберкулеза. - 2003. -№ 4. С. 29-31.

2. Вишневская Л. К. Причинные факторы инвалидности вследствие туберкулеза легких/Л. К. Вишневская // Там же. - 2005. - № 7. – С. 13-15.

3. Динамика инвалидности больных туберкулезом в Москве (1997-2001гг.) / Н. Г. Гавриленко [и др.] // Проблемы туберкулеза и болезней легких. - 2004. - № 4. - С. 16-19.

И.А. Иванов

ЧТО МЫ ЗНАЕМ О САМОУБИЙСТВАХ? СМЕРТЬ ВДВОЁМ

Часто самоубийцами становятся психически больные, но между ростом числа психических расстройств и самоубийством отсутствует прямой параллелизм. Во многих странах на протяжении прошлого века, и особенно со второй его половины, непрерывно возрастало число самоубийств, и достигнутый высокий уровень суицидов устойчиво сохраняется и в первом десятилетии текущего столетия. Между тем число психических расстройств (заболеваний) за этот же период увеличилось не такими быстрыми темпами. По мнению ведущего суицидолога советских времён профессора А. Г. Амбрумовой, лица с психическими расстройствами совершают самоубийство в 32-100 раз чаще, чем психически здоровые люди. Было время, когда между самоубийством и психическим заболеванием ставился знак равенства. Мнение психиатров первой половины 19-го в. о том, что самоубийство считалось только продуктом болезненно изменённой психики, а суицидальные проявления – симптомом психического заболевания, было опровергнуто ещё в конце 19-го – в начале 20-го в.

Да, здоровые в психическом плане люди тоже могут свести счёты с жизнью. Конфликт, вызывающий самоубийство у здоровых лиц, обычно бывает порождён реальными причинами. Оно бывает совершено в результате осознанного решения, вытекающего из собственных политических, идеологических, религиозных и иных соображений (голодовка, самосожжение, отравление и т.п.). В странах,

где проповедуется буддизм, частота самоубийств будет явно высокой, ибо буддизм учит, что человеческая душа – это лишь часть мирового духа и после смерти человека его душа сливаются с мировым духом. Инакомыслие, носительство той или иной идеологии, религиозных и иных мировоззренческих убеждений не являются поводом, чтобы по этим критериям считать людей «ненормальными», а то и психически больными. Мир давно знает о камиадзе – самоубийцах без страха и упрёка, которые складывали свои головы на алтарь во имя победы над своим врагом – жертвенной, священной для них идеи. А современные террористы? Начинённые взрывчаткой, эти люди совершают страшные по своим последствиям деяния. Война в Ираке превратилась по сути дела в войну с самоубийцами-террористами. Мы знаем о групповом акте самоубийств среди религиозных сектантов, самосожжениях по разным причинам, в том числе по политическим мотивам. Ещё пример: в 1911 г. французские социалисты, супруги Поль и Лаура (дочь К.Маркса) Лафарги, едва переступив 70-летний возраст, приняли решение уйти из этого мира. Детей у них не было. Приближение старости с непрерывными атрибутами её в виде букета серьёзных недугов с нарастающей немощью и возможностью быть обузой для приближённых их явно не устраивало. Принятое ими решение было осознанным, проявлением своего рода акта мужественности, стойкости характера, а не следствием минутной слабости духа или психического расстройства.

Согласно научным взглядам, самоубийство рассматривается как

следствие социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого ею микросоциального конфликта и рассматривается как один из вариантов человеческого поведения в ситуации, которая для него оказалась сложной и даже безвыходной (экстремальной). А вот происхождение самоубийства не заключено в самой конфликтной ситуации, а определяется личностными особенностями, они же формируют поведение, ведущее к самоубийству. Жизненный опыт, возраст, интеллект, характер и стойкость межличностных, семейных, профессиональных отношений на происхождение самоубийства влияют только косвенно. Иными словами самоубийство – медико-социальный феномен, в формировании которого участвуют социальный, психологический, биологический, клинический и т.п. факторы. На частоту распространённости самоубийства влияют, как известно, социально-экономическое положение страны и т.н. этнокультуральные особенности. Например, среди угрорфинской группы народов исторически сложилось лояльное, терпимое отношение к случаям самоубийств. Вроде того, что это – дело выбора, свободного решения человека. Наоборот, у многих народов России, и в частности Северного Кавказа, самоубийство считалось большим грехом, оно встречало резко осуждающее-неприемлемое отношение, которое являлось огромным сдерживающим фактором лишения себя жизни по своей воле.

Социально-психологическая дезадаптация человека проявляется в начале в виде нарушения поведения и различных психо-эмоциональных расстройств. Конфликтная ситуация

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

независимо от характера причин для индивида имеет черты реального и поэтому сопровождается тягостными переживаниями и подвергается личностной переработке, в процессе которой изыскивается способ разрешения конфликта. При кажущейся неразрешенности конфликта обычными, приемлемыми, доступными ему способами, человек избирает путь ухода из жизни. Так появляется установка «не жить».

Высокая частота самоубийств и попыток к нему наблюдается в тех социальных группах и даже в среде определённых наций (например, угро-финской группы), где существующие нравственные формы, этнокультуральные особенности допускают, оправдывают или даже поощряют самоубийство при определённых обстоятельствах. С ухудшением экономического положения страны, падения уровня качества жизни населения, как правило, увеличивается число самоубийств. Есть возрастные группы, при которых риск к самоубийству резко повышается. Часто правильно говорят, что самоубийство – это удел молодых (15–29 лет). Кказанному привожу подтверждение: ежегодно примерно 45–47% всех самоубийств в Якутии падает на этот возрастной контингент. Самый высокий уровень самоубийств в истории Якутии наблюдался в 2001 г.: 481 случай в абсолютных цифрах и 49,6 при пересчёте на 100 тысяч населения. Самоубийства бывают и среди детей, но они очень редки. Суициdalная активность, как правило, начинает проявлять себя с подросткового возраста. Риск к самоубийству вновь повышается в пределах 40–50 лет и после 65 лет. Соотношение самоубийств между лицами мужского и женского пола в Якутии колеблется в пределах 4,0–4,5: 1,0.

При психических расстройствах в происхождении самоубийства участвуют 3 фактора: 1) болезненные психические расстройства, 2) воздействия внешней среды, обуславливающие затруднения приспособления (адаптации) или оказывающие прямое психотравмирующее влияние, 3) появление личностной установки «не жить». Значение каждого фактора не одинаково и определяется степенью выраженности и формой психических расстройств. При психозах, а это – тяжёлые психические расстройства, самоубийство определяется преимущественно или полностью болезненными нарушениями психики, картиной болезни. Чем легче психические расстройства, в частности в тех случаях,

когда они характеризуются симптомами, наблюдаемыми при т.н. граничных состояниях (психопатии, неврозы, ситуационные, адаптационные, эмоционально стрессовые реакции и т.п.), самоубийство определяется воздействиями окружающей среды и личностными установками. Доля самоубийств, совершаемых лицами с психическими расстройствами, по данным Шарфеттера (1973), составляла 94%. В Якутии из общего числа покончивших с собой примерно 93–95% составляют лица, которые не состояли на учёте психиатров. Среди населения они, как правило, слыши психически здоровыми. Лицо психической болезни во многие века представляли тяжёлые психические расстройства-психозы. Население в силу имеющейся устойчивой стигмы психического заболевания, да и всей психиатрической практики, недостаточной психообразовательной просвещённости о психических расстройствах избегает общения с психиатром. Т.н. граничным расстройствам, включая тревожно-беспокойные состояния длительностью свыше 2 недель, как известно, бывает подвержена чуть ли не треть всего населения, но многие стараются лечиться у терапевтов, невропатологов и т.д. К сожалению, обращение к психиатру приравнивается многими к несмыываемому позору. Такого отношения к психиатрии, если мы считаем себя цивилизованным народом, просто не должно быть.

В последнее время в стране участились случаи самоубийства среди подростков и лиц юношеского возраста. Имеются и групповые самоубийства среди них. К сожалению, они произошли и в Якутии. У населения республики это вызвало большое смятение, и что характерно: самоубийства такого рода происходят исключительно в сельских населённых пунктах. За последнее десятилетие выступила и такая грустная закономерность: вообще сельские жители Якутии намного опередили городских по числу завершённых суицидов (1,3–1,7 раза). Следовательно, самоубийства Якутии принимают чёткий национальный колорит, ибо в сельской местности проживает сугубо аборигенное население: якуты, малые народы Крайнего Севера. Если учесть, что в ряде населённых пунктов, которые громогласно величаются городами, жизнь абсолютно не отличается от сельской (Верхоянск, Среднеколымск, Вилуйск, Нюрба, отчасти Покровск) и живет здесь в основном местное население, то ещё в большей степени подтверждается вышеизложенное. В послед-

нее время часто спрашивают, почему стали происходить групповые (парные пока) самоубийства. Самоубийства с разрывом в несколько дней, недель стали происходить среди школьников Якутии примерно со второй половины 90-х гг. прошедшего века, парные завершённые суициды наблюдаются в последние 2–3 года.

Не всякий может поднять на себя руку и нанести самоповреждение или покончить с собой. Чаще ими становятся акцентуированные личности или лица с психопатическим складом личности, прежде всего, по возбудимому, истерическому, аффективному, неустойчивому типу. Подростковый возраст – это период интенсивного формирования человеческого характера, личности. Однако подросток как личность ещё незрел. Молодые люди смутно представляют общечеловеческие ценностные критерии, морально-этические представления и установки, у них ещё не выработана устойчивая система взглядов, стиля поведения. Характерное им гипертрофированное стремление к взрослости, личной самостоятельности, раскрепощённости, игнорирование мнения взрослых, неровность характера, отражающиеся в межличностных отношениях, затрудняют жизнь молодого человека. Всё это приводит нередко к т.н. микросоциальным конфликтам на уровне семейного круга, школы, с органами правопорядка и т.д. Между тем за последние полтора десятилетия среди молодых людей культивируются разговоры о беспросветности жизни, никчемности земного существования, особенно среди детей и подростков бедного слоя населения. Так создаётся легковесное и даже пренебрежительное отношение к такому великому дару Природы, как жизнь, притупляется инстинкт самосохранения. Вдобавок в СМИ упорно и настойчиво утверждаются всякие «басни» о загробной жизни, жизни после смерти, о её вечности. Кроме всего этого, в школах не стало уделяться внимания вопросам воспитания чувств патриотизма, долга и ответственности перед обществом, семьёй, близкими. Чувства индивидуализма, эгоистичности, отсутствие или притупление духа колLECTивизма создали другой тип подрастающего поколения, чем в советское время. Молодой человек ни перед кем не ответственен, дух обогащения всеми доступными и непозволительными способами, культ денег заняли умы молодых. Но всем быть богатыми просто невозможно и это одно из

психотравмирующих обстоятельств у многих молодых людей.

В СМИ происхождение самоубийств у школьников Якутии в основном объяснялось «несчастной любовью». Такая версия часто не соответствует истине. Возьмем в пример Егольгинскую трагедию (село в Нюрбинском районе), о которой автор осведомлён больше. Это случилась в ночь с 9 на 10 мая сего года. У двух девушек, которым было 15 и 17 лет, были молодые люди, старше их на 6-7 лет. Старший брат младшей из них даже днём подрался с её молодым человеком, поскольку ему не импонировала «ранняя любовь» сестрёнки, он считал это совращением «малолетки» вполне взрослым человеком. Драка эта стала известна главе администрации села, но он отложил разбирательство этого случая до следующего рабочего дня. Дома же «разборку» не откладывали и устроили девочки взбучку. В маленькой деревне всё это не могло оставаться скрытым, а огласка всего произошедшего не входила в планы совсем юной девушки. У неё появилась установка «не жить». Подружка же пошла на самоубийство в знак поддержки её замыслов, проявив удивительную солидарность и верность, крайнюю несамостоятельность в принятии важных решений, сражающихся даже лишения собственной жизни. Откуда такая легковерность, сильная внушаемость у второй девушки, почти на 2 года старше первой? Индуктор явно обладал лидерским, менторским началом, силой активного внушения. Но это внушение носило характер неординарный, необычный, оно касалось, как никак, добровольного ухода из жизни. Обладание такого дара у человека чревато для других большими трагедиями. Если у первой девушки наблюдалась депрессивная реакция на ситуацию с возникновением установки «не жить» в силу её характерологических особенностей, то вторая явно была инфантильна, по-детски легко внушаема, что и привело к самоубийству из солидарности. В предсмертной записке девушек есть и строки неодобрительного отзыва об учителях, без конкретного перечисления имён, но они очень тепло прощались со своими молодыми людьми. Всё это ещё раз показывает, что происхождение самоубийства не только заключено в микросоциальном конфликте, но и определяется особенностями склада личности, характерологическими особенностями. Еще одно подтверждение сказанно-

му: как показывает часто жизненная практика, склонность к самоубийству наследуется в потомстве, особенно по мужской линии, что прослеживается у обеих девушек. Так, в семье у младшей по возрасту девушки 10 лет назад с разницей в 3 недели назад окончили жизнь путём самоповешения сын деда по линии матери и второй дядя – сын младшей сестры деда. Оказывается, и дядя деда, которому было около 35 лет, ещё в предвоенные годы нашёл смерть в петле. А у второй девушки дед по линии отца около 40 лет назад свёл счёты с жизнью выстрелом из дробового ружья.

Не исключается фактор подражания самоубийству, особенно среди подрастающего поколения. В СМИ обычно обильно смакуются случаи самоубийств, особенно необычных. Так, около 7-8 лет назад почти по всем каналам российского телевидения показывали случай парного самоубийства 13-летних школьниц, бросившихся с высоты 8-го этажа жилого дома. При этом излагались многие версии причины случившегося. 27 апреля сего года, в день республики, в г. Якутске на площади Ленина были обнаружены в бессознательном состоянии две девушки. Они одновременно затянули на шеях друг у друга шёлковые шарфы и тянули до тех пор, пока не потеряли сознание. В карманах были обнаружены их предсмертные записки, где подруги оповещали знакомых и близких, что они «плохи и всех раздражают» и просили у всех прощения. Этот случай тоже стал большой новостью чуть ли не всех республиканских газет. А в ночь с 9 на 10 мая в с. Егольжа Нюрбинского района произошло парное самоповешение школьниц, о котором речь шла выше. В этом районе после Егольгинской трагедии только за один месяц май покончили с собой ещё 2 школьника из районного центра. А ранним утром 16 июня в с. Хатынг-Сысы выстрелом из дробового ружья в себя нашел смерть 16-летний школьник. Тема «несчастной любви» не звучала при всех этих случаях самоубийств, были конфликты с родителями, с работником милиции, отчасти к некоторым из них были претензии со стороны учителей. В этом же районе за май – июнь покончили с собой 11 молодых людей в возрасте 15–20 лет, из них 5 подростков. Пошла эпидемия самоубийств среди подрастающего поколения района. Население в смятении. Это и понятно: такой трагедии история Якутии ещё не знала. В 2006 г. в Нюрбинском районе, численность

населения которого на конец года составляла 26470 чел., было 23 случая суицида. Интенсивный показатель самоубийств составил 92,1 на 100 тысяч населения, что в 2 раза превышает республиканский показатель. А за 7 месяцев 2007 г. уже произошло 20 случаев самоубийств.

Дозированность информации и даже её отсутствие, особенно о случаях самоубийств, щекочущих нервы людей, думается, принесёт только пользу. Худшие показатели, чем Нюрбинский район, имеют и другие районы республики, в основном находящиеся за Полярным кругом. Там жизнь – это просто борьба за элементарное выживание. А распространённость алкоголизма в Якутии принимает катастрофические размеры. Микросоциальный конфликт среди подрастающего поколения широко разрастается. Психическое здоровье населения Якутии катастрофически ухудшается, одним из убедительных доказательств этого является как раз невиданный до сего времени рост числа самоубийств в республике.

Профилактика самоубийств сложна и требует многогранной работы. Это улучшение качества жизни для многих миллионов россиян, борьба с пьянством и алкоголизмом, повышение образовательного, общекультурного уровня населения, эффективности лечебной, диспансерной и санитарно-просветительной работы и т.п. Эти мероприятия носят общегосударственный характер. А если говорить о практических мероприятиях, проводимых на месте, то все районы республики должны быть обеспечены подготовленными врачами-психиатрами. Ведь до сих пор половина районов обходится совместителями – врачами других специальностей. Какой может быть спрос со специалистов, для которых совместительство по непрофильной им работе стало только способом получения лёгкого дополнительного заработка. Без дестигматизации психической болезни, психиатрической практики среди населения реального сдвига в деле улучшения деятельности психиатрической службы, психического здоровья населения никогда мы не добьёмся. К психиатрам отношение населения должно измениться коренным образом, они и должны лечить пограничные состояния, которые составляют по своей распространённости основную долю психических расстройств. Почти у 85–90% самоубийц наблюдаются преходящие психические расстройства лёгкого ха-

рактера, относящиеся к пограничным состояниям. Население должно хорошо знать проблемы психиатрии и психиатрической практики, оно должно понимать, что психическое здоровье является по сути дела базисной составляющей общего здоровья. А пока основная часть населения избегает контакта с врачом-психиатром. Психообразовательная работа среди населения должна быть поднята на качественно более высокий, иной уровень. А проблемы психического здоровья населения должны быть приоритетны-

ми в работе врача-психиатра, наряду с традиционной – диагностически-лечебной.

Реформы и преобразования в психиатрии преимущественно должны происходить в области её социально-го раздела, где вопросы психического здоровья населения будут занимать центральное место. А сейчас мало кто этим занимается. По прогнозам специалистов, в 21 веке около 30% населения многих стран будут подвержены депрессиям разного уровня, преимущественно психогенного, т.е. погра-

ничного характера. А депрессия и самоубийство часто выступают в тесном содружестве. Так что психиатрия не должна находиться на задворках, что наблюдается в настоящее время. Следует повысить и спрос со школьных психологов, которых развелась уйма, «хоть пруд пруди». Они в ответе за психологическое здоровье учащихся, они и должны знать, чем «дышит», чем озабочен каждый школьник, и при необходимости проводить психотерапевтическую работу. Это их прямая профессиональная обязанность.

НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ И ЛЕКЦИИ

Л.А. Николаева, Т.Е. Бурцева, В.Г. Часнык

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ОБ ЭТИОЛОГИИ И ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Артериальная гипертензия (АГ) в настоящее время является одной из наиболее актуальных и широко обсуждаемых проблем клинической медицины. По образному определению, данному в первом докладе отечественных экспертов-гипертензиологов (2000), артериальная гипертензия «является величайшей в истории человечества неинфекционной пандемией, определяющей структуру сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности». Большинство исследователей разделяет мнение, что условия для возникновения сердечно-сосудистых заболеваний у взрослых следует искать в детском и подростковом возрасте, однако изучению этой проблемы у детей и подростков уделяется гораздо меньше внимания, чем у взрослых.

Общеизвестно, что популяция регионов Крайнего Севера гетерогенна с точки зрения распространенности артериальной гипертензии. В популяциях многих коренных народностей Крайнего Севера существенно реже встречаются артериальная гипертензия и атеросклероз при широком распространении нейроциркуляторной дистонии и хронической патологии почек, ассоциированной с артериальной гипертензией [17,23].

Частота АГ значительно варьирует среди населения разных стран. По данным популяционных исследований, проведенных в нашей стране, артериальная гипертензия среди детей и подростков наблюдается у 2,4-18% [4, 6, 8, 14, 19, 22, 24] и у большинства она имеет первичный характер [4].

При обследовании 7234 школьников г. Якутска Республики Саха (Якутия) в возрасте 7-17 лет установлена распространенность повышенного артериального давления (АД) у 8,4 - 9,3% мальчиков и у 7,1 - 8,2% девочек. В период с 7 до 17 лет у мальчиков данный показатель увеличивается в 3,9 раза, у девочек в 3,0 раза. Наблюдение детей с измененным АД и их клинико-лабораторное обследование выявило распространенность АГ у 2,7%. Отмечено также преобладание АГ у мальчиков 15-17 лет (6,3%) и нарастание с возрастом случаев высокого АД. Региональные особенности эпидемиологии АГ в Якутии состоят в том, что самый высокий процент заболевания выявлен у детей в Центральном регионе (3,3%), максимальный – в Якутске (5,4%), наименьшая распространенность болезни отмечена в Северном регионе (2,1%) [19]. Однако в работе не учтена этническая принадлежность обследованных детей.

Стандартные показатели артериального давления, рассчитанные для соответствующего пола, возраста и роста, позволяют классифицировать кривые распределения артериального

давления в соответствии с размерами тела. Чаще всего используют центильные распределения с приведением либо полного ряда распределения, либо только наиболее важных для диагностики отрезных точек – центилей. В 2003 г. появились новые данные о 50, 90, 95 и 99 процентилях кривых распределения артериального давления для соответствующего пола, возраста и роста [11].

Терминология артериальной гипертензии и тактика диспансерного наблюдения детей и подростков с повышенным АД в Российской Федерации в настоящее время регламентирована рекомендациями Всероссийского научного общества кардиологов и Ассоциацией детских кардиологов России (Москва, 2003). Несмотря на успехи современной медицины, диагностика артериальной гипертензии в детском возрасте нередко представляет трудности. В одних случаях артериальная гипертензия остается нераспознанной, а в других – имеет место гипердиагностика этого заболевания. В любом случае диагностические ошибки влекут за собой ошибочные терапевтические действия, способствуя ухудшению прогноза у данного контингента больных.

Применительно к нормативам показателей артериального давления мы имеем дело с растущим организмом, что обуславливает необходимость соотнесения уровня АД с возрастом и степенью полового созревания; даже

НИКОЛАЕВА Людмила Алексеевна – директор Педиатрического центра РБ№1-НЦМ; **БУРЦЕВА Татьяна Егоровна** – к.м.н., с.н.с. ЯНЦ СО РАМН; **ЧАСНЫК Вячеслав Григорьевич** – д.м.н., проф., зав. кафедрой СПбГПМА.