

лее высокий удельный вес имеет печеночная форма алкогольной болезни, зарегистрированная в структуре основного заболевания в 49,0 % случаев. На втором месте – хронический алкоголизм с полиорганными проявлениями (34,3%), на третьем – сердечная форма алкогольной болезни (11,1% наблюдений). Многообразные сочетанные варианты алкогольассоциированной патологии диктуют необходимость комплексного эпидемиологического, клинико-морфологического и медико-социального мониторинга данной проблемы.

Литература

1. Кошкина Е.А., Спектор Ш.И., Сенцов В.Г. [и др.] Медицинские, социальные и экономические последствия наркомании и алкоголизма. – М.: ПЕР СЭ, 2008. – 288 с.
2. Разводовский Ю.Е. // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2010. – №2. – С.10–16.
3. WHO expert committee on problems related to alcohol consumption. Geneva: WHO, 2007. – 63 p.
4. Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В. Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического

диагнозов: Справочник. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2008. – 424 с.

FATAL OUTCOMES ASSOCIATED WITH CHRONIC ALCOHOL INTOXICATION IN MINSK IN 2011

L.N Grishenkova, P.M. Kobal, K.K Raguzin

Objective: to analyze the structure of fatal outcomes associated with alcohol-related diseases according to the results of autopsy in Minsk.

Materials and methods: retrospective study based on the clinical records (2011) from the Minsk Municipal Clinical Pathologicoanatomic Bureau.

Findings: 227 alcohol-related fatal cases (9.13% of all autopsies) have been analyzed. Among alcohol-associated diseases causing death the highest share had alcohol liver disease incorporated in the structure of the main disease (49.0% of cases). Chronic alcoholism with multiple organ manifestations ranked second - 34.3% of cases. The third place belonged to alcohol heart disease (11.1% of cases).

ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ЖИТЕЛЕЙ г. МИНСКА

С.В. ДАВИДОВСКИЙ

УЗ «Городской психоневрологический диспансер», г. Минск

Проводимое исследование суицидального поведения в г. Минске позволило выявить определенные закономерности данного негативного явления. Использование полученных данных позволит наладить эффективную систему профилактики суицидального поведения

Суицидальное поведение представляет собой актуальную этическую и социальную проблему. Ежегодно самоубийства совершают от 873 тыс. до 1 млн. человек во всём мире, включая 163 тыс. в Европейском регионе [1, 2]. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) самоубийство является 13-й по счёту причиной смерти во всём мире, а в возрастном диапазоне от 15 до 35 лет в Европе оно занимает второе место после дорожно-транспортных происшествий.

Показатель суицидов в Республике Беларусь (РБ) за последние 5 лет составляет 26,4 на 100 тыс. нас., что значительно превышает среднемировой показатель (13-14 на 100 тыс. нас.). В группе населения трудоспособного возраста, смертность от внешних причин (куда входят смертность от суицидов и отравления алкоголем) в 2009 году превысила смертность от сердечно-сосудистой патологии. В 2010 году дан-

ный показатель только на 1% уступил смертности от сердечно-сосудистой патологии. Смертность от суицидов в РБ превышает смертность от дорожно-транспортных происшествий и пожаров вместе взятых.

Для определения особенностей суицидального поведения среди жителей г. Минска на базе психоневрологического диспансера с 2005 г. был налажен мониторинг уровня суицидальной активности, который включал в себя регистрацию всех случаев суицидов и парасуицидов. Проводимая работа позволила сформулировать рекомендации по организации мероприятий, направленных на профилактику суицидального поведения. Полученные данные анализировались с учетом сведений, полученных из Государственной службы медицинских экспертиз. При анализе социальных характеристик суицидентов использовалась информация, предоставленная Генеральной прокуратурой Республики Беларусь и Прокуратурой г. Минска.

В результате проведенного анализа полученных данных, было установлено:

- среди жителей города, совершивших суицид, преобладают лица мужского пола (до 80%);
- чаще всего суициды совершают в возрасте 40–59 лет (50–62% числа совершивших суицид);
- основной способ совершения суицидального действия – повешение (до 85% числа случаев).

Суициды часто совершались на фоне алкогольного опьянения (62,3% мужчин имели ту или иную концентрацию алкоголя в крови). Чаще всего концентрация алкоголя в крови составляла от 1,5 до 2,5%. Однако, как правило, на учете в наркологическом диспансере они не состояли (2007г. – 19 чел. или 8,8% числа совершивших суицид; 2008 – 35 или 15,5%; 2009 – 20 или 8%; 2010 – 23 или 10,5%; 2011 – 26 или 12%). Не состояли они, в основном, и на учете в психоневрологическом диспансере (2007 – 12 чел. или 5,6%; 2008 – 15 чел. или 6,6%; 2009 – 8 чел. или 4%; 2010 – 8 чел. или 3,65%; 2011 – 6 человек или 3,6%).

Лица, совершавшие суицид, были в основном социально не устроенными (до 55% числа лиц, совершивших суицид, нигде не работали и не учились). Эти данные были подтверждены при анализе отдельно взятого Заводского района, в котором на протяжении 2009 г. и 2010 г. отмечались наиболее высокие цифры суицидальной активности (в 2009 г. – процент работающих, из числа совершивших суицид, составил 26%, в 2010 г. – 12%, в 1-м полугодии 2011 г. – 27%).

За психотерапевтической и психологической помощью в государственные учреждения здравоохранения суициденты, как правило, не обращались. Из числа лиц, совершивших суицид, на прием к врачу-психотерапевту обращалось, не более трёх человек в течение года до момента совершения суицидального акта. Следует отметить, что основной контингент посетителей психотерапевтических кабинетов – женщины (85% числа обратившихся) в возрасте 35–45 лет (34%).

Лица, совершившие суицид, чаще обращались к врачу-терапевту поликлиники, чем к специалисту психоневрологического учреждения (около 30% лиц, совершивших суицид, в течение года до момента совершения суицида обращались за медицинской помощью к врачу общей практики). Проводимый анализ амбулаторных карт показал, что при посещении врача каких-либо признаков суицидального поведения они не обнаруживали. Жалоб невротического характера, свидетельствующих о наличии личностной дезадаптации или тяжелых эмоциональных переживаний, не предъявляли. В 10–12% случаев отмечалось злоупотребление алкоголем, однако на учете в

наркологическом диспансере они не состояли. Рекомендации врачей-терапевтов обратиться за наркологической помощью игнорировали.

Среди лиц, совершивших парасуицид (незавершенную суицидальную попытку), были выявлены следующие закономерности:

- соотношения завершенных суицидов к незавершенным составляло 1 – 7/8, что соответствует критерием ВОЗ (1 – 7/10);
- количество парасуицидов, совершенных мужчинами, в основном соответствует количеству парасуицидов, совершенных женщинами, что не соответствует данным ВОЗ (женщины пытаются покончить с собой в 4 раза чаще, чем мужчины);
- парасуициды чаще совершали лица в возрасте 20–39 лет.

Эти данные были получены на основании проведенного пятилетнего катамнеза, который позволил выявить и наиболее распространенные формы парасуицидального поведения. Это – медикаментозное отравление, которое чаще совершают женщины, и нанесение себе резаных ран, которые в основном совершают мужчины на фоне алкогольного опьянения.

Процент обращения за психолого-психотерапевтической помощью лиц, совершивших парасуицид, достаточно небольшой и составляет не более 3% общего числа парасуицидентов. Данная тенденция отмечается на протяжении длительного периода времени и не зависит от уровня суицидальной активности населения (2011 – 1,9%, 2010 – 2,6%, 2009 – 1,8%, 2008 – 2%, 2007 – 2,3%. 2006 – 2,25%, 2005 – 2%, 2004 – 1,9%, 2003 – 1,65%, 2002 – 1,86%).

Число лиц, совершивших суицид в течение года после совершения суицидальной попытки, как показал трехлетний катамнез, незначительно (не более 0,5% общего количества парасуицидов), что соответствует данным ВОЗ (1%).

Таким образом, существующая система мероприятий, направленная на оказание помощи лицам, совершившим суицидальные попытки, не вносит существенного вклада в профилактику суицидального поведения.

Проведенная работа позволила определить группу риска в отношении возможного суицидального поведения:

- мужчины в возрасте 40 – 59 лет;
- социально не устроенные;
- состояние сильного алкогольного опьянения, но зависимость от алкоголя отсутствует (сильно выпивающий, но не «алкоголик»).

Данная группа лиц, как правило, за психотерапевтической помощью не обращается, что может быть обусловлено мотивированностью индивида на данную

форму саморазрушающего поведения. Ведь преобладающий способ суицидального поведения – поведение. Данный способ суицидального поведения, не реализуется под воздействием эмоционального порыва индивида, импульсивно, а формируется в течение длительного времени, когда формируется план суицидального действия и находятся средства для его реализации.

Проведенная работа позволила разработать комплекс мероприятий, направленных на профилактику суицидального поведения среди жителей г. Минска:

- ограничение и контроль за употреблением психотропных веществ;

- активная работа со средствами массовой информации;

- регулярные общеобразовательные семинары для врачей общей практики и социальных работников.

В настоящее время остается актуальной необходимость регулярного представления на телевидении и в периодической печати информации о службе экстренной психологической помощи, что способствовало бы информированности населения и, в частности,

лиц, находящихся в состоянии суицидального кризиса, о возможности получения психолого-психотерапевтической помощи.

Литература

1. Гуо Б., Харсталл С. Какие стратегии предупреждения самоубийств можно считать эффективными на основе имеющихся фактических данных? – Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2004
2. Насилие и его влияние на здоровье. Доклад о ситуации в мире / Под ред. Этьенна Г. Круга и др./ Пер. с англ. – М.: Издательство «Весь Мир», 2003. – 376 с.
3. Охрана психического здоровья: проблемы и пути их решения. Отчёт о Европейской конференции ВОЗ на уровне министров. – ВОЗ, 2006. – 185 с.
4. Wasserman D., Cheng Q., Jiang G-X. // World Psychiatry. – 2005. – Vol.4, No.2. – P.114–120.

PECULIARITIES OF SUICIDAL BEHAVIOR OF PEOPLE OF MINSK

S.V. Davidovsky

The conducted research of suicidal behavior in Minsk revealed certain patterns of adverse events. The use of such data will allow establishing an effective system for the prevention of suicidal behavior.

ГОСПИТАЛЬНАЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

М.П.ДОВЛЯШЕВИЧ, Е.М.ТИЩЕНКО

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно

Представлена эпидемиология госпитализированной заболеваемости психическими расстройствами, выявлена структура причин, состав госпитализации по полу, возрасту, месту жительства. Осуществлён эпидемиологический анализ более 5000 госпитальных карт.

Психическое благополучие по определению ВОЗ, считается важнейшей составной понятия здоровья.

Психические и поведенческие расстройства являются очень распространенными и в любое время присутствуют приблизительно у 10% взрослого населения. Они также универсальны в том смысле, что ими страдают люди всех стран, возрастов, женщины и мужчины, богатые и бедные, в городской и сельской местности. Психические заболевания ухудшают экономический потенциал общества и качество жизни отдельных лиц и семей [2].

Эпидемиология психических расстройств (ПР) как научная проблема получила международное признание в 1959 г. на специальном заседании Комитета экспертов ВОЗ по вопросам психогигиены, когда были приняты рекомендации по разработке программ эпи-

демиологических исследований в области психиатрии в международном масштабе [1].

В психиатрической литературе уделяется достаточно внимания эпидемиологическим исследованиям. Но публикуемые данные неоднородны и противоречивы, что затрудняет их анализ. В рамках этой проблемы основное внимание уделено двум вопросам. Первый вопрос – о влиянии методологии выявления больных на показатели распространенности психических заболеваний. Второй вопрос – о зависимости между организационной структурой психиатрической помощи и выявляемостью различных категорий больных.

Эпидемиологические показатели распространенности психических расстройств в основном отражают статистические данные 3 видов: госпитальной статистики, амбулаторных служб психиатрической помощи (в том