ПСИХИАТРИЯ

ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ В ТАДЖИКИСТАНЕ

Н.М. Шаропова, Т.А. Шарипов

Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии
имени профессора М.Г. Гулямова

Проблема суицида как крайнего проявления аутоагрессии существовала в течение всей истории развития цивилизации. Самоубийство – это умышленное самоповреждение со смертельным исходом. Впервые на проблему самоубийств обратили внимание греческие философы Пифагор, Аристотель и Платон. Аристотель отметил антисоциальную природу явления и охарактеризовал суицид как действие против целей государства. Историческая эволюция взглядов на проблему прошла сложный путь, варьируя от полного безоговорочного запрета до снисхождения и сочувствия к человеку, совершившему самоубийство /1/.

На социальную природу явления самоубийств в зависимости от экономических, политических, социальных изменений указывает возрастающая динамика уровня суицидов. Влияние особенностей различных культур и регионов, их исторических и национальных отличий определяет социально-этнический аспект проблемы. Уровень психической устойчивости по отношению к стрессогенным факторам, варьирующий от одной личности к другой, определяет личностный аспект проблемы. Самостоятельным социальным фактором является стигматизация обществом аутоагрессивного поведения. Уровень завершённых суицидов является важнейшим социальнодемографическим показателем, обобщающим многие факторы общественной жизни. Он отражает глубину социальной патологии общества, является индикатором его неблагополучия.

Рейтинг суицида (число самоубийств на 100 тыс. населения) в США остаётся относительно стабильным с 1950-х годов, колеблясь между 10 и 13 случаями (10,6 в 2000г.). В Канаде рейтинг суицида несколько выше, чем в США, и составляет в среднем 12 случаев в год. Страны с высоким рейтингом суицида (по данным ВОЗ на 2000г.) представлены Литвой (48,7), Латвией (34,3), Венгрией (32,9), Эстонией (28,9), Финляндией (22,8). Страны с низким рейтингом суицида (по данным ВОЗ на 2000г.) представлены Грецией (3,5), Грузией (3,0), Албанией (1,8), Арменией (1,6), Египтом (0,1).

В России этот показатель на 2000 год был равен 41,2. Для сравнения, в Российской империи в дореволюционные годы уровень суицида составлял в среднем 3-5 случаев в год, а в Санкт-Петербурге и Москве доходил до 20. Точное сравнение рейтинга суицидов среди стран провести затруднительно, так как недостаточно достоверна официальная статистика и различны методы сертификации причин смерти.

По данным ВОЗ, в 2000 г. в результате умышленного нанесения себе тяжёлого увечья, включая самоубийство, погибло 814 тысяч человек. В 2002 г. отмечен рост числа таких смертей до 873 тысяч человек, а суицидальных попыток - свыше 7 млн. Суицид входит в десятку причин смерти практически в любой стране мира и является одной из ведущих в возрасте от 15 до 35 лет. По оценкам ВОЗ, уровень самоубийств более 20,0 на 100 000 населения является критическим. На актуальность проблемы суицидов указывает тот факт, что вопросы борьбы, профилактики суицидального и пресуицидального поведения в последнее десятилетие обсуждались в ООН в 1996 г. и в ВОЗ в 1992, 1993, 1996 гг./2/. Самоубийства наряду с сердечно-сосудистыми, онкологическими заболеваниями и травмами стали наиболее частыми причинами смерти населения, особенно трудоспособного. А среди лиц молодого возраста, особенно мужского пола, самоубийства являются ведущей причиной смерти, превышая смертность от убийств в 1,5 раза.

На фоне демографического коллапса последнего десятилетия новейшей истории проблема суицида приобрела острую социальную направленность и перешла из разряда узкоприкладных в область общегуманитарных.

По данным МВД Таджикистана, только за шесть месяцев 2007 года в республике зарегистрирован 151 факт суицида, больше трети из которых - самоубийства молодых женщин /3/.

Исследование частоты завершённых самоубийств за 1990-1995 годы среди лиц, проживающих в городской и сельской местности Таджикистана, позволило выявить этнические и культуральные факторы данной проблемы. Нами был проведён анализ показателей самоубийств жителей обоих полов из городских и сельских районов республики в зависимости от их национальной принадлежности. Анализ был проведён по наиболее многочисленным национальностям, проживающим в Таджикистане: таджики, русские, узбеки.

Из 900 случаев суицида, зарегистрированных в эти годы, гендерный анализ распределения числа самоубийств показывает, что мужчин среди них - 70%, а женщин – 30%. Это соотношение меняется в различных возрастных группах. Наибольшее количество самоубийств среди мужчин приходится на трудоспособный возраст, у женщин – на фертильный. Уровень самоубийств среди мужчин заметно растёт, начиная с 17-21 года, достигает максимума в 36-60 лет и снижается после 61 года. Мужчины наиболее подвержены суициду в возрасте от 36 до 60 лет (в этом возрасте их погибает более 50% от общего количества суицидентов мужского пола), а также в возрасте от 22 до 35 лет (в этом возрасте их погибает 33,0%). Из общего числа суицидентов в возрасте до 29 лет - 36,8%, до 49 лет - 36%, свыше 50 лет - 27,2%. По этнической принадлежности: таджики, узбеки составляют 44,7% суицидентов; 50,8% - русские, белорусы, украинцы; лица других национальностей - 4,5%.

Таким образом, наибольшее число самоубийств мужчин приходится на зрелый, трудоспособный возраст. У женщин заметный рост числа суицидов начинается с 16-20 лет, достигает максимума в возрасте от 36 до 55 лет, медленно снижается после 56 лет. Пик самоубийств у женщин попадает на период от 36 до 55 лет. В этом возрасте таким путём заканчивают свою жизнь 41,3% суициденток. Значительная доля самоубийств женщин приходится на пожилой возраст - от 56 до 74 лет (31,1%). Таким образом, среди лиц женского пола суицидальная активность заметно выражена в старших возрастных группах. По-видимому, это объясняется ослабляющими эффектами соматических заболеваний, потерей социальной роли, периодической депрессией.

Исследование показало, что количество совершённых суицидов в Республике Таджикистан в 1990 году составило 32 случая, тогда как в последующие годы отмечался выраженный рост этого показателя от 105 случаев в 1991 году до 199 в 1995 году.

Таким образом, за 5 лет распространённость случаев суицида в республике увеличилась на 63,7% случаев, и наиболее суицидоопасной группой населения являются мужчины – 70% случаев, тогда как в группе женщин этот показатель равнялся 30% всех случаев самоубийств.

Установлено распределение числа суицидов по полу, возрасту, наличию предшествующей алкогольной интоксикации, способу и месту совершения суицида.

В абсолютном выражении более половины всех суицидентов проживали в городах, интенсивные показатели частоты самоубийств свидетельствуют о значительной подверженности им городских жителей. Так, частота суицидов у горожан составила 53,9%, а у селян - 46,1% случаев.

Исследования указывают на то, что риск совершения самоубийств лицами, проживающими в городах, существенно выше, чем у живущих в сёлах. Понимание и трактовка выявленных различий требует их анализа с учётом этнической принадлежности суицидентов.

Частота самоубийств в таджикской субпопуляции РТ превышает аналогичные показатели в славянской субпопуляции в сельской местности как среди мужчин (22%), так и среди женщин

(49%). Установлены и возрастные различия в распространённости суицидов у таджиков и славян. Так, в таджикской группе высокая распространённость самоубийств регистрируется в 16-19-летнем возрасте, затем этот показатель растёт, достигая своего максимума у лиц 20-29 лет, а после этого снижается у лиц старше 60-ти лет.

У славян распределение частоты суицидов иное: начиная с подросткового возраста данный показатель имеет тенденцию к увеличению, становясь максимальным среди лиц 70 лет и старше. Таким образом, в группе 50-59 лет распространённость суицидов у таджиков и славян практически одинаковая, в группе 70 лет - выше у славян, во всех же других группах этот показатель в 1,2 раза выше у таджиков. В таджикской субпопуляции частота самоубийств среди лиц, проживающих в сельской местности, в 1,9 раз превышает таковую у горожан.

Определённую долю лиц, совершивших самоубийства, составляют больные психическими заболеваниями. Изучение этого аспекта проблемы позволило установить, что удельный вес суицидентов, находившихся ранее под диспансерным психиатрическим наблюдением, составляет 3,8%. Такие незначительные цифры отражают не столько малое число психически больных среди суицидентов, сколько низкую выявляемость таких пациентов психиатрическими службами. При этом неустановленное психическое заболевание может утяжеляться и способствовать возникновению суицидального поведения.

Изучение клинической структуры психических заболеваний, находившихся под диспансерным наблюдением суицидентов, показало, что в обеих этнических группах большая часть больных страдали шизофренией и алкоголизмом (в пределах 33% в каждой). В тоже время, следует отметить, что среди страдающих психическими заболеваниями суицидентов в обеих группах отсутствовали лица с зарегистрированной аффективной патологией. Это указывает на опасную тенденцию неэффективности выявления психиатрическими службами значительного числа больных с депрессивными расстройствами, что приводит часть лиц из этой категории к совершению суицида.

Существенное значение для эффективной организации суицидологической помощи населению имеет знание специфических характеристик суицидального поведения, таких как способ и время совершения самоубийства, его условия, обстоятельства и мотивация, наличие алкогольного опьянения в момент совершения суицида, наличие и количество предшествующих суицидальных попыток, что является предметом нашего дальнейшего исследования.

Среди способов самоубийств в Республике Таджикистан на первом месте фигурирует самоповешение. Этим способом совершают самоубийство 84% мужчин и 61% женщин. На втором месте идёт отравление твёрдыми и жидкими веществами (7% мужчин и 32% женщин). У мужчин далее следуют самоповреждения режущими и колющими предметами, орудиями и инструментами (2%). У женщин на третьем месте находится падение с высоты (2%), затем отравление газами бытового назначения (1,5%), тогда как у женщин, проживающих в сельской местности, на втором месте идут самосожжения (43%).

Сильно варьирует место совершения акта самоубийства: дом, работа, стационар, улица, сад, гараж, комната, ванна и т.д. По нашим данным, самоубийство чаще совершается дома, в комнате и на приусадебных участках (31%).

Изучение распределения завершённых суицидов по месяцам года, дням недели, периодам лунных циклов указало на факт подъёма числа самоубийств в весенне-летний период. Так, по месяцам года самоубийства распределились следующим образом: на май, июнь, июль приходилось 33,0% от числа самоубийств за весь год, а на ноябрь, декабрь, январь – соответственно 19,2% в среднем за весь исследованный период. Распределение самоубийств по дням недели имеет тенденцию медленного снижения от понедельника к воскресенью в

пределах 7-12%.

Современная ситуация со смертностью населения в РТ сложилась как продолжение долговременных и специфичных для Таджикистана неблагоприятных социально-экономических тенденций. Прослеживается очевидная закономерность – группы с более низким социально-экономическим статусом имеют более высокий суицидальный уровень. Экономическая незащищённость приводит к кризисным явлениям.

На формирование основных черт характера современных представителей этноса на территории многих стран негативное влияние оказали в прошлом такие факторы как преследование языческих верований, потеря традиций, обычаев, ритуалов, искажение истории и культуры народов, языковые ограничения. Всё это привело к нивелированию самобытности, сформировало комплекс неполноценности у представителей многих поколений наций и национальностей, проживающих на территории этих стран. В результате сформировались такие отрицательные черты характера, как нерешительность, мнительность, замкнутость, низкая самооценка, высокий уровень тревожности. Всё это в комплексе создало благоприятную почву для увеличения суицидальной активности внутри популяции.

Следует отметить, что в ряде европейских стран разработаны Национальные стратегии по предотвращению суицидов. Эффективные превентивные меры привели к значительному снижению показателей суицида в этих странах, в том числе в Финляндии, Эстонии, Венгрии.

“Самоубийство является главной проблемой духовного здоровья общества, - заявил на пресс-конференции официальный представитель ВОЗ,- однако, эту проблему можно решить, если общественность уделит ей больше внимания и правительства стран мира покажут, что намерены бороться с этим явлением”. В сентябре 2004 года ООН обратилась к правительствам всех стран с просьбой обратить внимание на проблему суицида. Важным шагом на пути её решения явилась Европейская конференция ВОЗ на уровне министров из 52 европейских стран “Охрана психического здоровья: проблемы и пути их решения”, которая состоялась 12-15 января 2005г. в Хельсинки (Финляндия). На ней были приняты исторические документы – Европейская декларация ВОЗ и План действий ВОЗ по охране психического здоровья.

Таким образом, полученные результаты позволят использовать этнокультуральные подходы к профилактике самоубийств, и повысят её эффективность. В целях улучшения суицидологической ситуации в Таджикистане необходимо разработать программы предупреждения самоубийств. Важными аспектами суицидального риска являются возраст и пол, и при разработке программ предупреждения самоубийств необходимо принимать во внимание существующие тенденции в данной области. В этих программах необходимо уделить внимание обеспечению координации деятельности в области предупреждения суицидов между службами здравоохранения, социальной защиты и занятости, образования, жилищного хозяйства и правоохранительных органов. Полученные в ходе проведённых исследований результаты помогут разработать программу превентивных мер, направленную на снижение уровня суицидов в РТ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Козлов А.Б. Региональные особенности суицидологической ситуации в Чувашской Республике (этнокультуральный аспект). Сборник статей юбилейной межрегиональной НПК, посвящённой 30-летию Краснодарской ГПБ.- Краснодар, 2006
2. Охрана психического здоровья: проблемы и пути их решения. Материалы Отчёта о Европейской конференции ВОЗ на уровне министров, 2006
3. Газета «Азия плюс», 2007, №36

Хулоса

ХУСУСИЯТҲОИ ВАЗЪИ ХУДКУШӢ ДАР ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН

Н.М. Шаропова, Т.А. Шарипов

Дар мақола натиҷаҳои тадқиқот оид ба масъалаҳои худкушӣ бо назардошти ҷанбаҳои фарҳангӣ ва этникӣ оварда шудааст.

Барои беҳсозии вазъи худкушӣ чораҳои пешгирикунанда бо инобати хусусиятҳои фарҳангии мардумии худкушандагон баррасӣ шудааст.

Барои пешгирии худкушӣ дар Тоҷикистон таҳияи барномаҳо бо таъмини Ҳамоҳангсозии фаъолияти ҳадамоти тандурустӣ, ҳифзи иҷтимоӣ, маориф, хоҷагии манзилӣ ва органҳои ҳифзи ҳуқуқ пешниҳод карда шаванд.

Summary

PECULIARITIES OF SUICIDOLOGICAL SITUATION AT TAJIKISTAN

N.M. Sharopova, T.A. Sharipov

In the article the results of investigations on problem of suicide with cultural and ethnic aspects were given, and prophylactic approaches to improving of suicidological situation in Tajikistan with consideration of ethnocultural peculiarities of suicidents were proposed. Working out programs on anticipation of suicides with coordination of activity of service of health care, social defence, education, housing economy, anticriminal authorities.

АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ

ВЛИЯНИЕ ОБЩЕЙ АНЕСТЕЗИИ ФТОРОТАНОМ НА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТУЮ СИСТЕМУ ПРИ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ОПЕРАЦИЯХ

А.В. Вахидов, Р.С. Юлдашев, У.М. Хамраев, С.С. Болтаев

Кафедра анестезиологии и реаниматологии ТИППМК; МСЧ ТадАЗ

Актуальность. Фторотан давно и широко применяется в клинической практике. Тем не менее, данные о его влиянии на систему гемодинамики большого и малого круга кровообращения довольно противоречивы. В доступной литературе недостаточно сведений о влиянии указанного наркотика на систему кровообращения при малоинвазивных оперативных вмешательствах.

Целью настоящей работы является исследование воздействия фторотана на кровообращение на фоне общей анестезии при малоинвазивных оперативных вмешательствах по поводу хронического калькулёзного холецистита.

Материалы и методы. Исследование произведено у 42 больных в возрасте от 20 до 52 лет, мужчин было 13, женщин - 29, без сопутствующей патологии лёгких и сердца, оперированных в плановом порядке по поводу калькулёзного холецистита, всем больным произведены однотипные операции.

Оперативное вмешательство выполнено в условиях комбинированной анестезии двумя методами: первая группа - ингаляцией кислорода и закиси азота в соотношении 1:2+ фторотан в $1,3 \pm 0,03$ об % 22 - больным; вторая группа - 20 пациентов - индукция фторотана $-2,15 \pm 0,29$ об % в потоке кислорода и закиси азота в соотношении 1:1. Премедикация всем больным производилась за 30-40 минут: вводили седуксен - 0,3 мг/кг, атропин - 0,007 мг/кг, промедол - 0,14 мг/кг. Фторотан подавали через точный термокомпенсирующий испаритель, установленный вне круга циркуляции. Вводный этап обезболивания осуществляли барбитуратами (6-7 мг/кг) на фоне ингаляции кислорода через маску. После введения суксаметония (7,14 мг/кг) производили интубацию трахеи и проводили искусственную