

ся на 0,1 %, толщина стенки возросла на 1,0 %. Диаметр полости сократился на 0,4 %.

Г. Д. Вилявин [6] предпринял попытку по клиническим признакам выделить стадии кистообразования: а) острая форма (до 2–3 месяцев существования кисты); б) подострые формы (3–6 месяцев); в) хронические формы (от 6 месяцев до нескольких лет).

Существующие в настоящее время классификации псевдокист основываются главным образом на этиологическом признаке или тяжести течения, наличии различного рода осложнений.

Выполненное моделирование псевдокисты поджелудочной железы и проведенный анализ морфометрических показателей позволили выделить этапы патогенетической трансформации псевдокист в эксперименте. Полученные морфометрические данные указывают на то, что псевдокиста, сформированная на 14 суток эксперимента, после локального охлаждения поджелудочной железы в температурном режиме  $-100\text{ }^{\circ}\text{C}$  претерпевает дальнейшие преобразования. Наибольшие изменения псевдокисты выявляются в период с 14 по 21 сутки. Установлено достоверное увеличение ее диаметра, возрастание толщины стенки и расширение внутренней полости.

#### **Заключение**

Локальная гипотермия в течение 60 секунд в температурном режиме  $-100\text{ }^{\circ}\text{C}$  приводит к формированию на 14 суток эксперимента псевдокисты поджелудочной железы.

Патогенез псевдокисты поджелудочной железы складывается из взаимосвязанных и последовательно развивающихся стадий. Стадия быстрой трансформации наблюдается на протяжении с 14 по 21 сутки, в течение которых происходят основные патогенетические процессы изменений морфометрических параметров псевдокисты. Установлено увеличение диаметра, возрастание толщины стенки и расширение внутренней полости ( $p < 0,05$ ). Стадия медленной трансформации охватывает период с 21 по 90 сутки эксперимента и характеризуется относительной стабильностью морфометрических параметров псевдокисты.

Полученные данные могут быть использованы для разработки рациональных методов лечения и оценки их эффективности.

#### **БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК**

1. Баранов, Е. В. Чрескожное дренирование псевдокист поджелудочной железы под контролем УЗИ / Е. В. Баранов, А. М. Федорук, С. И. Третьяк // *Анналы хирургической гепатологии*. — 1999. — Т. 4, № 2. — С. 145.
2. Мишин, В. Ю. Современный подход к лечению псевдокист поджелудочной железы / В. Ю. Мишин, А. П. Квезерова // *Анналы хирургии*. — 2000. — № 3. — С. 32–39.
3. Гидирим, Г. П. Осложнения острого панкреатита / Г. П. Гидирим // *Хирургия*. — 1980. — № 1. — С. 95–98.
4. Острый панкреатит и травмы поджелудочной железы / Р. В. Вашетко [и др.]. — СПб: Питер, 2000. — С. 22–174.
5. Warren, K. W. The choice of surgical procedure in treatment of pancreatic cysts / K. W. Warren, A. I. Baker // *Surg. Clin. N. Amer.* — 1958. — Vol. 38. — P. 815–829.
6. Вилявин, Г. Д. Диагностика и лечение кист поджелудочной железы / Г. Д. Вилявин // *Хирургия*. — 1981. — № 2. — С. 16–79.

Поступила 20.12.2008

## **ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ, ГИГИЕНА**

УДК 616-084

### **МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ НАСЕЛЕНИЯ**

**В. Н. Бортновский<sup>1</sup>, Т. И. Петрова-Соболь<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Гомельский государственный медицинский университет

<sup>2</sup>Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

В статье обсуждаются методологические проблемы и методические принципы оценки эффективности первичной профилактики заболеваний населения. Анализируются причины незаслуженного невнимания к проблеме эффективности охраны здоровья населения как в Беларуси, так и за рубежом. С позиций социального, медицинского и экономического эффекта рассматриваются основные принципы достижения высокоэффективной профилактики заболеваний населения.

**Ключевые слова:** первичная профилактика, эффективность, принципы достижения, критерии оценки.

### **METHODOLOGICAL ISSUES OF PRIMARY PREVENTION OF DISEASES AT THE POPULATION**

**V. N. Bortnovsky<sup>1</sup>, T. I. Petrova-Sobol<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Gomel State Medical University

<sup>2</sup>Belarussian State Medical University, Minsk

The present article discusses methodological issues and methodic principles of efficiency assessment of morbidity primary prevention in population. Reasons of inappropriate attention to the effectiveness of health care, both

in Belarus and abroad, are analyzed. The main principles of highly effective morbidity prevention are regarded considering social, medical and economic effect.

**Key words:** primary prevention, effectiveness, gain principles, assessment criteria.

Профилактика болезней (заболеваемости) является составной частью охраны здоровья (сохранения, восстановления и укрепления) населения и достигается посредством предупреждения и устранения факторов риска заболеваний, травм, отравлений и других нарушений состояния здоровья человека. В отличие от лечения, профилактика не может полностью осуществляться медицинскими мерами и должна включать деятельность самого человека, общества, государства и его медицинского ведомства. Сама функция и структура здравоохранения в решении этой важной проблемы не являются ведущими, ее вклад в охрану здоровья населения не превышает, по данным академика РАМН Ю.П. Лисицина, 8–10 % и реализуется, в основном, за счет лечебного метода медицины [4].

Под эффективностью обычно понимается отдача (эффект) от каких-либо затрат. Применительно к охране здоровья населения эффективность профилактических мероприятий определяется достижением устойчивого, продолжительного результата в предупреждении болезней и укреплении здоровья с учетом временных, материальных, финансовых и других затрат. Это определение можно отразить в виде широко распространенной в экономике формулы:

$$\text{Эффективность} = \frac{\text{величина эффекта (результат)}}{\text{затраты}}.$$

В современной литературе эффективность программ и мероприятий в здравоохранении рассматриваются с позиций социального, медицинского и экономического эффекта.

Медицинский эффект здравоохранения выражается показателями, определяющими уровень и характер заболеваемости, ее тенденции; числом заболевших и здоровых лиц; показателями, характеризующими качество медицинской помощи [6, 7].

Социальный эффект охраны здоровья населения измеряется такими показателями, как продолжительность жизни, число сохраненных жизней, демографические сдвиги (рождаемость, смертность, естественный прирост населения), которые характеризуют степень удовлетворения потребностей населения в здоровье. Социальный эффект зависит от динамики многих социально-экономических факторов в стране и тесно связан с экономическим эффектом охраны здоровья, так как одним из его результатов является воспроизводство рабочей силы [5].

Экономический эффект охраны здоровья населения связан с увеличением фонда фактически отработанного времени в отрасли народного хозяйства и определяется величиной созданного дополнительного национального дохода или чистой продукции в результате снижения уровней заболеваемости, инвалидности и смертности.

Научные исследования проблемы оценки эффективности охраны здоровья населения как в Беларуси, так и за рубежом, в основном, выполняются применительно к лечебному методу медицины. Это обусловлено рядом причин. Так как лечение болезней связано с деятельностью только медицинских учреждений, оценить достигнутые затраты и результаты представляется легче, чем провести аналогичные расчеты в отношении профилактических мероприятий, реализуемых различными ведомствами и структурами. Кроме того, сам эффект лечения болезней проявляется раньше, чем результаты реализации профилактических программ. Поэтому ряд зарубежных исследователей считает, что тенденция сокращения финансовых затрат на профилактику в силу отсутствия немедленной выгоды вряд ли изменится. Так, профилактику часто рассматривают как мероприятие, требующее значительных финансовых затрат, несоизмерных с конечным результатом [3]. Ошибочность этого мнения справедливо связывается с тем, что экономический эффект профилактики сказывается лишь через достаточно длительный период времени. Поэтому принято считать, что экономические преимущества профилактики перед лечебной медициной все еще требуют более убедительных доказательств. Это связано с тем, что собственно экономическую доходность профилактики определить чрезвычайно сложно, несмотря на то, что логически доходность ее очевидна. Особый акцент делается на том положении, что профилактика — не область для экономии средств.

Вместе с тем, ряд ученых обращает внимание на социальный эффект предупреждения заболеваний, который в перспективе скажется и на экономических показателях [8]. Следует иметь в виду, что профилактика направлена на снижение нездоровья и смерти, а не на экономию денежных средств. Поэтому необходим серьезный экономический анализ затрат на профилактику для доказательства ее выгодности обществу.

Таким образом, и с гуманистической (социальной), и с экономической точки зрения профилактика является более перспективным направлением медицины, чем лечение болез-

ней. Однако незаслуженно низкое ее положение в обществе, государственных структурах, сознании конкретных личностей зависит от проблемы оценки ее эффективности и связано со следующими негативными явлениями:

— недостаточное количество фактических данных об эффективности профилактики и невозможность сравнения ее с лечебным методом медицины не позволяет регулярно информировать население, государственные органы и другие заинтересованные структуры о получаемой выгоде при реализации мер, направленных на предупреждение болезней;

— значительная часть эффекта от предупреждения заболеваний проявляется в отдаленной перспективе, тогда как социально-экономическая политика государства и экономические интересы отдельных предприятий ориентированы на получение результата от вложенных средств в ближайшем будущем;

— выгода от профилактики для конкретной личности (особенно трудоспособного возраста) малоощутима в отличие от видимого эффекта лечебной медицины, а реализация мер профилактики связана с определенным ущемлением свободы личности ввиду необходимости строго регламентировать свой образ жизни в рамках «дозволенного» (ограничение вредных привычек, коррекция рациона, повышение двигательной активности и т. д.);

— несмотря на очевидный социальный эффект профилактических мероприятий, их реализация значительно осложняется ригидностью поведенческих мотивов человека и клинической направленности мышления представителей наиболее распространенной медицинской профессии — участкового врача [2].

Указанные противоречия связаны с приоритетным отношением различных групп населения, конкретной личности, государственных и экономических структур к тому или иному методу охраны здоровья в зависимости от желания получить экономический, социальный или медицинский эффект. Так, предприятия ориентированы, прежде всего, на экономическую эффективность профилактических или лечебных мероприятий. Поэтому они неохотно идут на решение масштабных оздоровительных программ, если затраты на предупреждение болезней малоэффективны и не окупаются в ближайшей перспективе. В то же время государство целью своего функционирования видит повышение благосостояния населения, а значит, ориентировано на получение социального эффекта от реализации профилактических мер. Вместе с тем, конкретный человек как представитель общества заинтересован, прежде всего, в реализации медицинского эффекта мер, направленных на охрану здоровья. При этом, ввиду очевидного консерватив-

ного подхода к образу жизни и желания получить ощутимый и быстрый эффект, индивидуум больше ориентирован на лечение болезней, чем на их предупреждение.

Следовательно, результаты медицинской, социальной и экономической эффективности профилактических мероприятий могут носить разнонаправленный характер и вызывать различное отношение общества, личности, государства, администрации производств, медицинских работников. В связи с этим можно прогнозировать существенные проблемы при разработке комплексных показателей эффективности профилактики. Это связано с тем, что в качестве основных критериев оценки мер, направленных на предупреждение болезней, в каждом отдельном случае могут использоваться различные показатели или их группы и даже разные значения одного и того же признака.

Вторая сторона этой проблемы заключается в том, что по сформировавшимся еще в 60-е годы представлениям роль медицины и ее «государственного представительства» — Министерства здравоохранения в охране здоровья населения, особенно в профилактике заболеваний, представляется совершенно не лидирующей [1]. Поэтому анализ только медицинских мер профилактики показывает низкую их эффективность или неэффективность, так как положительный эффект гигиенических мероприятий (гигиеническое воспитание, разработка санитарных норм и правил, установление вредных для здоровья факторов, анализ заболеваемости, контрольные функции санитарно-эпидемиологического надзора) в значительной степени или полностью перекрываются отрицательным эффектом, связанным с экологически вредной деятельностью предприятий, неправильным поведением личности, недостаточным финансированием масштабных оздоровительных программ.

На первом этапе развития здравоохранения оно давало видимый социальный и экономический эффект: продление жизни людей как в трудоспособном, так и в нетрудоспособном возрасте. Медицина внесла существенный вклад в рост средней продолжительности жизни в нашей стране с 32 лет до 1917 г. до 69 лет в настоящее время. Это связано, прежде всего, с тем, что в довоенный период в стране решались относительно простые, но важные проблемы охраны здоровья, связанные в основном с реализацией медицинских мер профилактики инфекционных заболеваний (вакцинация, иммунизация, санитарно-просветительная работа, направленная на привитие элементарных знаний о болезнях и навыков по соблюдению личной гигиены).

Однако на современном этапе развитие здравоохранения не дает значительного социального

эффекта: дальнейшего увеличения средней продолжительности жизни. Более того, в отдельных возрастных группах уже в конце 70-х гг. стало наблюдаться даже некоторое повышение коэффициента смертности, достигшее в настоящее время критического уровня. На данный момент резко возросла доля смертности от сердечно-сосудистых заболеваний и злокачественных новообразований, непосредственно связанных с производственной, трудовой, общественной, политической деятельностью и поведением людей. Поэтому возрастает значение немедицинских (санитарных) мер профилактики заболеваний, направленных на устранение вредных факторов на производстве и в быту. При этом масштабы профилактических и природоохранных мер должны увеличиваться для решения задач повышения средней продолжительности жизни, что становится все более сложным и ресурсоемким.

Таким образом, изолированная оценка эффективности медицинских мер профилактики крайне затруднена из-за ведущего значения в формировании здоровья социально-экономических, поведенческих и других факторов. Поэтому необходимо определять эффективность оздоровительных программ и мероприятий в комплексе, с учетом долевого влияния всех основных условий и факторов, способствующих улучшению или ухудшению состояния здоровья населения, а также вклада руководителей, коллективов, человека. При этом достигнутые результаты в предупреждении болезней должны подвергаться анализу не только в медицинских учреждениях, но и в государственных властных структурах.

В силу сложившейся традиции инициатором и исполнителем мер предупреждения заболеваний является преимущественно санитарно-эпидемиологическая служба. При этом сама она часто не способна радикально повлиять на охрану здоровья населения, так как в профилактическом плане она выполняет функции санитарного надзора. Поэтому изолированное осуществление медицинских мер профилактики в конечном итоге не может улучшить состояние здоровья населения. Даже «идеальная» профилактическая деятельность органов здравоохранения, предполагающая качественное проведение мероприятий санитарно-эпидемиологического надзора и доведение всей информации (как положительной, так и негативной) до заинтересованных лиц, может быть полностью блокирована безучастным или отрицательным его отношением к профилактике болезней.

Следовательно, нельзя отождествлять оценку профилактической деятельности органов здравоохранения с оценкой эффективности медицинской профилактики. Первая определяется собственно работой медицинских учреждений. Вторая же может быть определена по конеч-

ному результату всей профилактической работы в трудовых коллективах.

По результатам медицинской эффективности профилактики трудно осуществить изолированную оценку деятельности органов здравоохранения без комплексного анализа профилактической работы в конкретных учреждениях. В то же время анализ выполнения медицинских мер профилактики позволяет оценить деятельность органов здравоохранения независимо от конечного эффекта профилактики.

Таким образом, медицинская профилактика является самостоятельной дефиницией ровно настолько, насколько необходимо разграничить деятельность медицинских работников и других структур относительно охраны здоровья населения. Медицинская эффективность профилактики позволяет выделить медицинский результат профилактической деятельности, выражаемый в морбидных и неморбидных показателях здоровья, а не какой-либо другой (социальный и др.) эффект.

По нашему мнению, основными принципами достижения высокоэффективной профилактики являются целенаправленность, адекватность, своевременность, регламентация, динамичность, наличие сил и средств, социальный заказ на высокий уровень здоровья.

Рассмотрим перечисленные принципы с точки зрения получения оптимального эффекта при приемлемых затратах времени, материальных, финансовых и людских ресурсов.

Целенаправленность профилактики заключается в концентрировании внимания органов здравоохранения и других, ответственных за охрану здоровья населения, на проведении тех предупредительных мер, которые в наибольшей степени обеспечивают сохранение и укрепление здоровья. Реализация этого принципа возможна при правильной идентификации ведущих, неблагоприятно действующих на здоровье населения, факторов окружающей среды. Достижение высокого эффекта профилактики во многом зависит от качества гигиенической диагностики, позволяющей не только определить положительно и отрицательно влияющие факторы среды, но и установить на основе математико-статистических методов доленое воздействие различных факторов. При этом важно выявить причины их возникновения, источники, ответственность должностных лиц за санитарное состояние.

При реализации принципа целенаправленности должны быть установлены группы риска (критические группы) населения — профессиональные, возрастные, должностные и др. Это позволяет ограничить число лиц, подвергающихся специальному обследованию, что уменьшает затраты на реализацию профилактических мер, связанных с экономией времени, рациональ-

ным использованием врачей-специалистов, широким использованием диагностической аппаратуры, лабораторного имущества и т. д.

Рассмотренный принцип повышения эффективности профилактики тесно связан со своевременностью профилактики. Последний предполагает раннее установление как изменений параметров внешней среды, так и нарушений состояния здоровья в виде преморбидных состояний и сформировавшихся симптомокомплексов. Важнейшим инструментом осуществления этого принципа является донозологическая гигиеническая диагностика. Она реализуется не только благодаря ранней диагностике предзаболеваний, но и за счет оперативной оценки факторов окружающей среды, основанной на использовании чувствительной аппаратуры и надлежащей организации сбора первичных данных. Кроме того, совершенное информационно-аналитическое обеспечение исследования с использованием различных видов и уровней гигиенического анализа заболеваемости и применением современных математико-статистических методов обработки данных позволяет более полно осуществить донозологическую диагностику путем объективного установления вклада различных факторов риска в формирование здоровья населения. Таким образом, донозологическая гигиеническая диагностика реализуется как на уровне объектов исследования, так и за счет более глубокого изучения предмета исследования — взаимосвязи между факторами среды и здоровьем человека.

Принцип адекватности профилактики предусматривает реализацию профилактических мер на индивидуальном, коллективном, государственном и других уровнях. Так, коррекция образа жизни, реализуемая на индивидуальном уровне, во многом определяется системой санитарно-просветительной работы, гигиеническим воспитанием, доступностью информации о причинах наиболее распространенных и опасных для здоровья и жизни болезней.

Принцип адекватности тесно связан с принципом регламентации профилактики. Последний направлен на повышение ее эффективности за счет совершенствования законодательной базы охраны здоровья населения.

Принцип регламентации профилактики в определенной степени представляет диалектическое противоречие и единство по отношению к ранее перечисленным принципам. Если предыдущие принципы направлены на получение максимального результата при экономном использовании сил и средств профилактики (за счет избирательности, временного и группового распределения мер профилактики), то регламентация мер отражает определенный консерватизм, сужение правового пространства для проведения тех или

иных мер профилактики разными должностными лицами. При этом с учетом долговременного использования ряда законодательных актов недостатки регламентации по вопросу охраны здоровья населения могут продолжительное время препятствовать наиболее эффективному осуществлению профилактических программ.

В законодательных актах по вопросам профилактики заболеваний должно в наиболее полной форме регламентироваться правовое пространство для реализации всех выше перечисленных принципов, обеспечивающих ее высокую эффективность. Это достигается сочетанием строго оговоренных по времени (периодичности), объему и ответственности должностных лиц мер профилактики.

Совершенство, уровень разработки законодательных актов зависит, прежде всего, от реализации следующего принципа профилактики: наличия социального заказа на высокий уровень здоровья. Он во многом определяется социально-экономическими условиями, особенностями государственного устройства, развитием профилактических наук и пропаганды здорового образа жизни. Социальный заказ определяет «профилактическую идеологию» государства, его отношение к охране здоровья в целом, медицине, каждому из ее направлений: лечебному, профилактическому.

В формировании социального заказа профилактики, ее регламентации, обеспеченности силами и средствами большое значение имеет научное сопровождение профилактики как принцип повышения ее эффективности. При этом необходимо разграничивать прикладные проблемы профилактической науки, позволяющие эффективно реализовать те или иные оздоровительные меры и проблемы методологического характера, направленные на формирование «профилактической идеологии» не только у представителей медицины, но и всех вертикальных и горизонтальных структур, разрабатывающих и реализующих государственную политику в области охраны здоровья населения.

Таким образом, эффективная профилактика заболеваний населения сопряжена с реализацией ряда принципов. При этом отмечается их взаимозависимость и взаимообусловленность. Комплексное применение анализируемых принципов существенно повышает ожидаемый результат профилактики и позволяет эффективно использовать силы и средства органов здравоохранения и других организаций, ответственных за охрану здоровья населения.

#### БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Величковский, Б. Т. Патогенетическое обоснование стратегий медицины и общества в охране здоровья населения / Б. Т. Величковский // Вестн. РАМН. — 2004. — № 3. — С. 3–7.

2. Гундаров, И. А. Пробуждение: пути преодоления демографической катастрофы в России / И. А. Гундаров. — М.: Фонд национ. и междунар. безопасности, Центр творчества «Беловодье», 2001. — 352 с.

3. Ключенович, В. И. Актуальные проблемы управления общественным здоровьем / В. И. Ключенович. — Мн.: Тонпик, 2005. — 140 с.

4. Лисицин, Ю. П. Социальная гигиена и организация здравоохранения: Проблемные лекции / Ю. П. Лисицин. — М.: Медицина, 1992. — 512 с.

5. Максимова, Т. М. Социальный градиент в формировании здоровья населения / Т. М. Максимова. — М., 2005. — 238 с.

6. Мельниченко, П. И. Методология оценки эффективности деятельности системы госсанэпиднадзора: настоящее и будущее / П. И. Мельниченко // Вестник Российской военно-медицинской академии. — 2007. — № 4. — С. 56–57.

7. Рубцов, А. В. Здоровье как социальная ценность / А. В. Рубцов // Экономика здравоохранения. — 2005. — № 1. — С. 16–21.

8. Фетисов, Н. Н. Макроэкономика и здоровье / Н. Н. Фетисов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2004. — № 5. — С. 3–5.

Поступила 20.04.2009

УДК: 616.89–008.441.44

## СОЦИАЛЬНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯТЫ СУИЦИДА В ХОЙНИКСКОМ РАЙОНЕ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Ю. Е. Разводовский, В. В. Дукорский

Гродненский государственный медицинский университет

В настоящей работе изучены социально-эпидемиологические корреляты суицида в Хойникском районе Гомельской области. Результаты исследования свидетельствуют о чрезвычайно высоком уровне самоубийств в Хойникском районе, что может быть обусловлено комплексом различных неблагоприятных социально-экономических и психосоциальных факторов. Согласно полученным данным, социально-эпидемиологическими коррелятами суицида являются мужской пол, молодой и средний возраст, отсутствие семьи и работы, проживание в сельской местности, а также злоупотребление алкоголем.

Ключевые слова: суицид, социально-эпидемиологические корреляты, Хойникский район.

## SOCIAL AND EPIDEMIOLOGICAL CORRELATES OF SUICIDE IN HOINIKI DISTRICT OF GOMEL REGION

Y. E. Razvodovsky, V. V. Dukorsky

Grodno State Medical University

In present paper the social and economic correlates of suicide in Choiniky region has been discussed. According to the results of this study the suicide in the region is tremendously high. The outcomes of present work suggest that among the social and economic correlates of suicide are: male's sex, yang and middle age, absence of family and work, alcohol abuse.

Key words: suicide, social and economic correlates, Choiniky region

В последние десятилетия проблема суицидов приобрела глобальные масштабы. Ежегодно в мире около 1,4 млн человек кончают жизнь самоубийством [4, 7, 10]. При этом следует учитывать тот факт, что количество парасуицидов в 7–10 раз превышает количество завершённых суицидов [20]. Суицид, так же как алкогольная и другие виды зависимостей, является моделью саморазрушительного поведения и относится к социальным девиациям [6]. Рост уровня суицидального поведения в современном обществе обуславливает необходимость изучения этого феномена с целью разработки стратегии профилактики. Беларусь, как и другие славянские республики бывшего Советского Союза, относится к странам с высоким уровнем суицидов [7]. Уровень суицидов в Беларуси был подвержен значительным колебаниям в 80-х и 90-х гг. прошлого века: после резкого снижения в середине 80-х гг., этот

показатель существенно вырос во второй половине 90-х гг., после чего стабилизировался [9]. Предполагается, что алкоголь и психосоциальный дистресс были ключевыми факторами, обусловившими эти колебания [17]. Следует отметить, что уровень самоубийств в Беларуси характеризуется значительной региональной вариабельностью. При этом прослеживается устойчивый градиент «Север-Юг» с более высоким уровнем суицидов в северных регионах (северные районы Минской области, Витебская, Могилевская и Гродненская области) и более низким уровнем в южных регионах (южные районы Минской области, Брестская и Гомельская области) [8, 14]. В настоящее время отсутствует гипотеза, которая удовлетворительно объясняла бы региональные вариации уровня суицидов в Беларуси.

Социологические исследования указывают на важность социальных коррелятов в этиоло-