

рекомендуемого. Потребления в весенний период витаминов В₂ и РР, А соответствует необходимой норме и составляет 0,32 мг, 3,83 мг и 0,22 мг соответственно, в то время как при анализе осеннего меню был выявлен дефицит этих витаминов.

Со школьным завтраком, как в осенью, так и весной, поступает избыток фосфора. При этом отмечается достаточно низкое потребление кальция как осенью (153,4 ± 86,9 мг), так и весной (171,35 ± 100,8 мг) при рекомендуемом уровне потребления за счет завтрака 275 мг. На усвояемость кальция влияет соотношение с другими компонентами пищи, прежде всего, с фосфором и магнием. Соотношение Са : Р составляет 1 : 1,8 (при рекомендуемом 1:1). Поступление магния соответствует рекомендуемому (61,9 ± 20,9 мг). Соотношение кальция и магния для данной возрастной группы составило 1 : 0,38 при рекомендуемом 1 : 0,22. Несбалансированное поступление минеральных веществ неблагоприятно сказывается на их усвоении.

Заключение

Результаты проведенного исследования свидетельствуют, что у современных школьников мегаполиса имеет место несбалансированность рациона по заменимым и незаменимым компонентам пищи. Установлены факторы риска неинфекционных заболеваний (избыток общего жира, НЖК и простых сахаров, при дефиците сложных углеводов). Лимитирующими в домашнем питании являются ниацин и кальций, в школьном завтраке — тиамин и кальций. Отмечается значительный избыток потребления школьниками натрия и калия.

Для профилактики развития алиментарнозависимой патологии у детей, в связи с недостатком потребления жизненно важных микронутриентов, следует изменить рацион питания и увеличить в нем количество продуктов, содержащих эти элементы (рыба, овощи и фрукты, особенно, в свежем виде, бобовые), а также уменьшить употребление продуктов глубокой промышленной переработки. Полученные данные использованы для разработки программы первичной профилактики на индивидуальном и групповом уровне направленной на коррекцию состояния здоровья.

ЛИТЕРАТУРА

1. Государственный доклад «О санитарно-эпидемиологической обстановке в Республике Беларусь в 2014 году». — Минск, 2015. — 192 с.
2. Инструкция по применению № 017–1211 «Изучение фактического питания на основе метода анализа частоты потребления пищевых продуктов», утв. Главным государственным санитарным врачом Республики Беларусь 15.12.2011.
3. Кучма, В. Р. Медико-профилактические основы обучения и воспитания детей: руководство для медицинских и педагогических работников образовательных и лечебно-профилактических учреждений, санитарно-эпидемиологической службы / В. Р. Кучма. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. — 528 с.
4. Требования к питанию населения: нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Республики Беларусь: санитарные нормы и правила: утв. Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь 20.11.2012 № 180.

УДК 616.89-008.441.44-036.22(476.2)«2014»:301

АНАЛИЗ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ И СОЦИАЛЬНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ЖИТЕЛЕЙ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ, СОВЕРШИВШИХ СУИЦИД В 2014 Г.

Гусак П. С.¹, Новогран Е. Г.¹, Хилькевич С. О.²

¹Учреждение

«Гомельская областная клиническая психиатрическая больница»

²Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Каждое самоубийство — это личная трагедия, которая безвременно прерывает жизнь человека и распространяется, как круги на воде, нанося непоправимый ущерб членам его семьи, друзьям и обществам. В 2012 г. общее оценочное число смертей от самоубийств в мире составило 804 тыс. Таким образом, годовой глобальный стандартизированный по возрасту показатель частоты самоубийств был равен 11,4 на 100 тыс. населения (15 для мужчин и 8 для женщин) [1]. По данным ВОЗ, в 1993 г. самоповреждения заняли 2-е после алкоголизма место в ранжире причин смерти мужчин, составив 17,5 % обобщенного бремени болезней в мире и третье у женщин — 13,9 % [2]. К сожалению, относительная стабильность данного показателя сохраняется — суициды занимают 1–3 места в структуре ведущих причин смертности обоих полов в возрасте 15–34 лет [3]. Согласно оценочным данным ВОЗ, в Республике Беларусь сохраняется высокий показатель стандартизированного по возрасту показателя частоты самоубийств, относительно общемировых показателей — 18,3 на 100 тыс. населения (2012 г.), но отмечена явная положительная динамика (–48,4 % относительно аналогичных показателей 2000 г.).

Цель

Изучение отдельных медико-социальных и эпидемиологических факторов у жителей Гомельской области, совершивших суицид в 2014 г.

Материал и методы исследования

Методом случайной выборки проанализировано 83 случая самоубийства, совершенных лицами, проживающими на территории Гомельской области в 2014 г. При анализе использовались протоколы заседания лечебно-контрольных комиссий и карты-схемы случаев смерти, заполненные территориальными учреждениями здравоохранения.

Результаты исследования и их обсуждение

Анализ медицинской документации показал, что среди лиц, совершивших суицид, значительно преобладают мужчины — 69 (83,13 %), в то время, как женщин оказалось — 14 (16,87 %).

Дальнейшее разделение всех суицидентов на возрастные группы обнаружило, что риск суицида увеличивается с возрастом вплоть до достижения своего пика в 40–49 лет с дальнейшим снижением (рисунок 1). Так в 1-й возрастной группе (10–19 лет) в 2014 г. зафиксировано 5 (6 %) случаев, во 2-й группе (20–29 лет) — 16 (19,28 %), в 3-й (30–39 лет) — 18 (21,67 %), в 4-й (40–49 лет) — 19 (22,97 %), в 5-й (50–59 лет) — 17 (20,48 %), в 6-й группе (60–69 лет) — 6 (7,2 %), в 7-й (70–79 лет) и 8-й (80 лет и старше) по 1 (1,2 %) случаю.

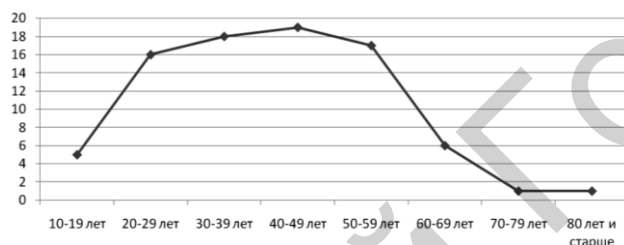


Рисунок 1 — Возрастное распределение жителей Гомельской области, совершивших суицид в 2014 г.

При анализе семейного положения лиц, совершивших самоубийство, было установлено следующее: наибольшее количество суицидентов не состояли в браке — 42 (50,6 %), 24 (28,92 %) имели семью, 13 (15,66 %) были в разводе и лишь 4 (4,82 %) были вдовцами.

Распределение суицидентов по экономическому положению и профессиональному статусу показало следующее — 47 (56,63 %) были официально безработными, 20 (24,09 %) имели работу, 9 (10,86 %) были на пенсии, 4 (4,82 %) не работали по причине инвалидности и 3 (3,6 %) являлись учащимися школ и средне-специальных учреждений образования (рисунок 2). Среди работающих — 10 (50 %) человек имели средний профессиональный статус, 8 (40 %) — низкий и лишь 2 (10 %) — высокий.

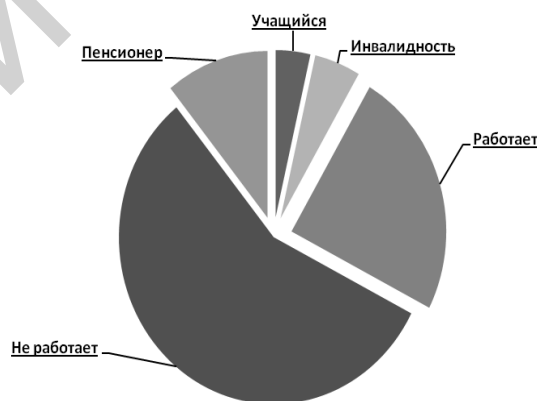


Рисунок 2 — Профессиональный статус лиц, совершивших суицид в Гомельской области в 2014 г.

При анализе оказалось, что самоубийства несколько чаще совершают сельские жители — 45 (54,22 %), нежели городские — 38 (45,78 %).

Наиболее распространенным способом суицида являлось повешение — 78 (94 %) случаев, затем следовало утопление — 2 (2,4 %) случая, от умышленного самоповреждения режущими предметами, огнестрельного оружия и падения с высоты погибли, соответственно, по 1 (1,2 %) человеку.

Чаще всего самоубийства совершались по месту проживания суицидента — 57 (68,67 %). Все прочие места (помещения службы, места проживания значимых других лиц, лесной массив и т. д.) в сумме составили 26 (31,33 %) случаев.

Чаще всего для аутоагрессивных действий суициденты выбирали пятницу — 19 (22,89 %). В остальные дни недели количество суицидов оставалось стабильным и в среднем составляло около 10 человек.

По времени года отмечалось снижение уровня суицидов в IV квартале — 9 (10,84 %) случаев, в то время, как в I, II и III квартале соответственно 25 (30,12 %), 25 (30,12 %) и 24 (28,92 %).

Выводы

1. Среди жителей Гомельской области в 2014 г. суицид чаще совершался лицами мужского пола, преимущественно жители сельской местности.

2. У лиц, совершивших суицид отмечается явная социально-экономическая дезадаптация — отсутствие официального трудоустройства либо наличие низкого или среднего профессионального статуса; отсутствие собственной семьи.

3. Наиболее частым способом аутоагрессии с летальным исходом является повешение, которое совершается по месту жительства.

Выделение клинико-эпидемиологических параметров, определяющих потенциально-угрожаемую по суициду группу риска, позволит проявлять большую настороженность со стороны медицинских работников любого профиля и социального окружения в целом в адрес лиц, подпадающих под совокупность выделенных в выводе характеристик.

ЛИТЕРАТУРА

1. WHO methods and data sources for global causes of death 2000–2012. Global Health Estimates Technical Paper WHO/HIS/HIS/GHE/2014. — Geneva: World Health Organization, 2014.
2. Любов, Е. Б. Экономическое бремя суицидов Российской Федерации / Е. Б. Любов, М. В. Морев, О. И. Фалалеева // Суицидология. — 2012. — № 3. — С. 3.
3. World Health Organization: The World Health Report 2001. Mental health: new understanding, new hope. — Geneva: WHO, 2001. — 178 p.

УДК 612.017.2

ВРЕМЕННЫЕ КРИТЕРИИ СТАДИЙ ОБЩЕГО АДАПТАЦИОННОГО СИНДРОМА ПРИ СТРЕССЕ СВОБОДНОГО ПЛАВАНИЯ В КЛЕТКЕ

Гусакова Е. А.

Учреждение образования

«Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»

г. Витебск, Республика Беларусь

Введение

Установлено, что устойчивость организма зависит от стадии стресс-реакции. В последние годы была предложена новая модель стресса с преимущественно эмоциогенным характером индукции стрессорной патологии — свободное плавание в клетке. Однако изучение классических параметров стресса, которое бы позволило выделить временные критерии стадий общего адаптационного синдрома при данном виде стрессового воздействия не проводилось.

Цель

Охарактеризовать временную динамику развития общего адаптационного синдрома при эмоциональном воздействии.

Материал и методы исследования

Опыты поставлены на 80 белых половозрелых беспородных крысах-самцах массой 220–250 г. Стресс моделировали свободным плаванием в клетке [1], для чего крыс по 5 особей помещали на 1 ч в стандартную пластиковую клетку (50×30×20 см), заполненную водой (t = 22 °С) на высоту 15 см и закрытую сверху сеткой (расстояние до поверхности воды 5 см). В опыт животных забирали через 1 ч, 48 ч после окончания стрессорного воздействия и после стресса по 1 ч в течение 10 дней. Животных забивали декапитацией под уретановым наркозом (1 г/кг массы тела).

Интенсивность стресс-синдрома оценивали по изменениям относительной массы надпочечников, селезенки и тимуса, поражению слизистой оболочки желудка: тяжести (1 балл — эрозии, 2 балла — единичные язвы, 3 балла — множественные язвы, 4 балла — пенетрирующие или прободные язвы), частоте (отношению числа животных, имевших дефекты слизистой, к общему количеству крыс в группе, выраженному в процентах), множественности (отношению числа повреждений у всех крыс к числу животных в группе [2]), индексу поражения (сумме тяжести, частоты и множественности по-