

2. Поперечный размер верхней вырезки ШП (в возрасте 40 и более лет) уменьшается за счет формирования остеофитов, растущих из дорсальных отделов крючковидных отростков тел шейных позвонков.

3. Сравнение поперечного размера верхней вырезки ШП на КТ у лиц старшей возрастной группы (от 40 до 63 лет) и поперечного размера верхней вырезки ШП на мацерированных позвонках подтверждает связь уменьшения ее размера с возрастом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Юмашев, Г. С. Остеохондрозы позвоночника / Г. С. Юмашев, М. Е. Фурман. — М.: Медицина, 1984. — 383 с.
2. Кузнецов, В. Ф. Справочник по вертеброневрологии: клиника, диагностика. — Минск: Беларусь, 2000. — 351 с.
3. Анисимов, Д. И. Морфология крючковидных отростков шейных позвонков / Д. И. Анисимов, Е. А. Анисимова // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. — 2013. — № 2. — С. 5–14.
4. Analysis of the uncinata processes of the cervical spine: an anatomical study / R. S. Tubbs [et al.] // J. Neurosurg Spine. — 2012. — Vol. 16 (4). — P. 402–407.
5. Васильев, А. Ю. Компьютерная томография в диагностике дегенеративных изменений позвоночника / А. Ю. Васильев, Н. К. Витко. — М.: Видар-М, 2000. — С. 54.

УДК 616.89-008.441.14

СОЦИАЛЬНЫЕ И ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯТЫ ПАРАСУИЦИДА МУЖЧИН

Разводовский Ю. Е.¹, Дукорский В. В.², Шилова О. В.³

¹Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»

г. Гродно, Республика Беларусь,

²«Могилевское управление Государственной службы медицинских судебных экспертиз»

г. Могилев, Республика Беларусь,

³Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Феномен суицидальной попытки (парасуицида) является актуальной проблемой суицидологии. Парасуицид определяется как нефатальная суицидальная попытка вне зависимости от интенций человека, предпринявшего ее [1]. Согласно данному определению парасуицид включает незавершенный по каким-то причинам суицид, а также суицидальные попытки, носящие по своей природе манипуляционный характер. Парасуицид является наиболее значительным фактором риска завершеного суицида, поскольку во многих случаях суициду предшествует серия суицидальных попыток [2]. В то же время, из-за недостатка национальных и международных статистических данных о суицидальных попытках наши знания о масштабах этой проблемы остаются фрагментарными. В середине 1980-х гг. Европейским региональным бюро ВОЗ было инициировано мультицентровое исследование парасуицидов. Согласно результатам исследования, в котором участвовало 16 центров из 13 стран, уровень парасуицидов среди мужчин колеблется от 61 до 414 на 100 тыс. населения, в то время как среди женщин этот показатель варьирует от 95 до 595 на 100 тыс. [3]. Средний показатель среди всех центров, в которых проводилось исследование, составил 167 для мужчин и 222 для женщин. Во всех странах, за исключением Финляндии, уровень парасуицидов был выше среди женщин; в среднем соотношение мужчин и женщин составило 1,5:1. Было также установлено, что риск парасуицида увеличивается в возрасте 15–34 года и снижается после 55 лет [3]. Следует учесть, что мониторинговые данные включают в себя только парасуициды, попавшие в поле зрения медицинских служб. Согласно некоторым оценкам, более 75 % случаев парасуицида не фиксируется официальной статистикой.

В рамках Европейского мультицентрового исследования была предпринята попытка идентификации социальных и личностных характеристик, которые являются предикторами суици-

дального поведения. Оказалось, что уровень парасуицидов положительно коррелирует с уровнем разводов [4]. Вместе с тем, не было обнаружено какой-либо связи между уровнем парасуицидов и такими социально-эпидемиологическими характеристиками, как уровень безработицы, уровень доходов на душу населения, общий уровень смертности, уровень преступности, уровень потребления алкоголя на душу населения. Тем не менее, в одном из исследований было показано, что уровень парасуицидов отрицательно коррелирует с социально-экономическим статусом [1]. Другими важными коррелятами парасуицида являются безработица и психические расстройства, в особенности депрессия [9, 10] и алкогольная зависимость [22]. В среднем, около 50 % лиц, совершивших парасуицид, пытались покончить жизнь самоубийством ранее [1]. Наиболее частым методом парасуицида является самоотравление с использованием психотропных препаратов, чаще всего бензодиазепинов [1, 4]. Начиная с 1980-х гг. наряду с бензодиазепинами для совершения суицидальных попыток стали часто использоваться парацетамол, анальгетики, антидепрессанты и антипсихотики. Согласно данным Vialas и соавторов если в 1987–1988 гг. с использованием парацетамола было совершено 31,3 % всех парасуицидов, то в 1992–1993 гг. — 43,3 % [4]. Использование антидепрессантов с целью совершения суицидальной попытки увеличилось с 11,3 % в 1987–1988 гг. до 17,6 % в 1992–1993 гг. [4].

Несмотря на чрезвычайную актуальность проблемы, в отечественной литературе имеются лишь единичные работы, посвященные изучению социально-эпидемиологических коррелятов парасуицида [5]. В частности, мониторинг парасуицидальной активности в г. Минске показал, что среди парасуицидентов преобладают женщины (58,4 % в 2005 г. и 53 % в 2006 г.) в возрасте 20–39 лет (63 % в 2005 г. и 64,4 % в 2006 г.). Основным способом парасуицида являлось медикаментозное отравление (33,8 % от числа совершенных парасуицидов в 2005 г. и 30 % — в 2006 г.) [5].

Цель

Изучение социально-эпидемиологических и психопатологических характеристик городских и сельских жителей мужского пола Гомельского региона, совершивших суицидальные попытки и госпитализированных в учреждение «Гомельская областная клиническая психиатрическая больница».

Материал и методы исследования

Сплошным методом был проведен анализ медицинских карт стационарного больного пациентов мужского пола, совершивших суицидальные попытки и госпитализированных в Гомельскую областную клиническую психиатрическую больницу. Всего в исследование было включено 243 попытки самоубийства (166 городских и 77 сельских). Медицинская документация включала информацию о возрасте, поле, месте жительства, диагнозе пациента, способе совершения им суицидальной попытки, их кратности, мотиве совершения суицидальной попытки, наличии либо отсутствии алкогольного опьянения и др.

Результаты исследования и их обсуждение

Пик парасуицидальной активности у городских (41,6 %) и сельских (38,6 %) мужчин, приходится на возраст 18–29 лет (таблица 1).

Таблица 1 — Распределение парасуицидентов по возрасту (%)

Мужчины	Возрастные группы, лет						
	12–17	18–29	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79
Город	5,2	41,6	31,2	10,4	7,8	1,3	1,3
Село	2,4	38,6	24,7	18,7	10,3	3,0	2,4

Существенных различий в возрастной структуре парасуицидентов в зависимости от места проживания не выявлено, кроме того, что в возрастной группе 40–49 лет парасуициды чаще совершают сельские жители (18,7 % против 10,4 %).

Распределение изучаемого контингента согласно социальному статусу представлено в таблице 2.

Таблица 2 — Распределение парасуицидентов согласно социальному статусу (%)

Мужчины	Социальный статус					
	безработные	рабочие	инвалиды	служащие	учащиеся	пенсионеры
Город	38,6 %	34,3 %	9,6 %	7,8 %	7,2 %	2,4 %
Село	37,7	35,4	12,9	2,6	6,5	3,9

Более трети городских и сельских мужчин (38,6 и 37,7 % соответственно), совершивших покушение на собственную жизнь, были безработными. Высокий удельный вес безработных среди парасуицидентов подтверждает литературные данные относительно того, что безработица является социальным коррелятом суицидального поведения [4].

Мотивы парасуицида представлены в таблице 3.

Таблица 3 — Мотивы совершения суицидальной попытки (%)

Мотив	Мужчины	
	город	село
Ссора с сожителем	32,5	24,7
Семейная ссора	16,3	20,8
Обманы восприятия	9,6	9,1
Депрессивные переживания	9,0	5,2
Бредовые идеи	4,8	6,5
Ссора с друзьями	4,8	3,9
Конфликт на работе	1,8	2,6
Хроническое соматическое заболевание	1,8	3,9
Потеря близкого человека	1,2	1,3
Одиночество	1,8	1,3
Не раскрыли мотивы	15,7	20,8

Как у городских мужчин (32,5 %), так и у сельских мужчин (24,7 %) основной причиной совершения суицидальной попытки была ссора с сожительницей. Следует отметить, что 14,5 % городских мужчин и 15,5 % сельских мужчин руководствовались в своих действиях галлюцинаторно-бредовыми переживаниями. Суицидальное поведение под влиянием психотических переживаний является предметом дискуссий. Из-за сложности осознания своих действий и управления ими возможно отнесение их к несчастным случаям, однако дополнительных данных о нарушениях сознания пациентов в момент совершения отсутствуют.

Выбор способа самоубийства определяется такими факторами, как культуральная приемлемость, доступность средств совершения суицида, серьезность суицидальных интенций [1]. Способ совершения суицида в значительной мере предопределяет последствия суицидального акта. Такие методы, как использование огнестрельного оружия, утопление и повешение, как правило, ассоциируются с завершённым суицидом, в то время как менее brutальные способы (использование холодного оружия, самоотравление) характерны для парасуицида [4]. Различия в выборе метода суицида в какой-то степени объясняют парадокс, заключающийся в том, что в большинстве стран мира уровень суицидов выше среди мужчин, несмотря на то, что женщины значительно чаще совершают суицидальные попытки [3].

В таблице 4 представлено распределение изучаемой когорты в зависимости от способа попытки совершения самоубийства.

Таблица 4 — Способ совершения парасуицида (%)

Способ	Мужчины	
	город	село
Холодное оружие	43,9	41,6
Повешение	19,9	32,5
Отравление лекарственными средствами	16,8	14,3
Отравление другими средствами	3,6	3,9
Падение с высоты	6,0	2,6
Утопление	1,8	—
Сочетание способов	1,2	1,3
Огнестрельное оружие	0,6	—
Не уточнен	6,2	3,8

С целью совершения суицидальной попытки как городские, так и сельские мужчины чаще используют холодное оружие (43,9 и 41,6 % соответственно), что согласуется с литературными данными [3]. Следует, однако, отметить, что сельские мужчины чаще пытаются свести счеты с жизнью путем самоповешения (32,5 % против 19,9 % в городе).

Выводы

Таким образом, среди парасуицидентов, госпитализированных в Гомельскую областную клиническую психиатрическую больницу, преобладали мужчины в возрасте 18–39 лет (72,8 % в городе и 63,3 % в селе). Мужчины чаще совершают попытку суицида с помощью холодного оружия. Ведущим триггером парасуицида как городских, так и сельских мужчин является семейный конфликт. В целом, существенных различий в социально-эпидемиологических коррелятах парасуицида среди городских и сельских мужчин Гомельского региона выявлено не было. Полученные данные могут быть полезными при разработке и реализации национальной стратегии профилактики суицидального поведения.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Welch, S. S.* A review of the literature on the epidemiology of parasuicide in the general population / S. S. Welch // *Psychiatric Services*. — 2001. — Vol. 52, № 3. — P. 368–375.
2. *Gunnell, D. J.* Epidemiology and patterns of hospital use after parasuicide in the southwest of England / D. J. Gunnell, J. Brooks, T. J. Peters // *Journal of Epidemiology and Community Health*. — 1996. — Vol. 50. — P. 24–29.
3. The WHO-EURO multicentre study: risk of parasuicide and the comparability of the areas under study / U. Bille-Brahe [et al.] // *Crisis*. — 1996. — Vol. 17, № 1. — P. 32–42.
4. Attempted suicide among young adults: progress toward a meaningful estimate of prevalence / P. J. Meehan [et al.] // *American Journal of Psychiatry*. — 1992. — Vol. 49. — P. 41–44.
5. *Игумнов, С. А.* Структура и динамика суицидального и парасуицидального поведения жителей г. Минска / С. А. Игумнов, С. В. Давидовский // *Психотерапия и клиническая психология*. — 2008. — № 4. — С. 11.

УДК 616.018.74-008.6-053.9:616.89

ВЫРАЖЕННОСТЬ ОКСИДАТИВНОГО, НИТРОЗАТИВНОГО И КАРБОНИЛЬНОГО СТРЕССОВ У ПОЖИЛЫХ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Рахманова О. В.

**Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
г. Курск, Российская Федерация**

Введение

Общепризнанными патогенетическими факторами развития артериальной гипертонии (АГ), способствующими поражению органов-мишеней, являются процессы свободно-радикального окисления (СРО) в организме пожилых пациентов [1, 2].

Одной из разновидностей нарушений окислительно-восстановительных реакций является карбонильный стресс, проявляющийся увеличением концентрации активных соединений, содержащих альдегидные и карбонильные группы. Основным результатом карбонильного стресса — гликирование и гликоокисление белков [3]. Предполагается, что продукты неферментативного гликирования (гликированный гемоглобин, окислительные модификации белка и др.) могут влиять на активность NO-синтазы, а также перехватывать оксид азота, что может спровоцировать развитие васкулярных поражений, в том числе эндотелиальной дисфункции [4, 5]. На сегодняшний день уровень окислительной модификации белка (ОМБ) признан одним из наиболее ранних и стабильных показателей поражения различных тканей организма при свободно-радикальной патологии.

Процессы свободно-радикального окисления в клетках сердца и сосудов можно объяснять с позиций изменения активности митохондриальных оксидоредуктаз. С этой целью рас-