

туберкулезный коксит с исходом в метатуберкулезный коксартроз; 4 (23,5%) больных туберкулезом другой локализации были оперированы по поводу сопутствующей нетуберкулезной патологии тазобедренного сустава (у 1 (5,8%) – перелом шейки бедренной кости, у 3 (17,6%) – деформирующий коксартроз); у 5 (29,4%) нетуберкулезных больных была неспецифическая патология сустава.

Среди нетуберкулезной патологии тазобедренного сустава были: деформирующий коксартроз на фоне асептического некроза головки бедренной кости – 5 случаев (29,4%), неконсолидированный перелом шейки бедренной кости – 2 (11,7%), деформирующий коксартроз на фоне врожденного вывиха и деформирующий коксартроз вследствие перенесенного травматического вывиха тазобедренного сустава – по одному (по 5,8%) случаю.

Из числа оперированных больных абсолютное большинство составили мужчины – 13 (76,4%). Среди возрастных групп преобладали люди старше 50 лет, при этом возраст больных колебался в пределах 28-70 лет (средний возраст составил 53,5 года). Представители коренного населения составляли большинство – 12 (70,5%). Жители села и города распределились примерно поровну: 9 (52,9%) и 8 (47,1%) соответственно.

Давность заболевания колебалась от 1,5 года (туберкулезный коксит) до 69 лет (врожденный вывих тазобедренного сустава).

Абсолютное большинство больных на момент оперативного вмешательства являлись инвалидами – 16 (94,1%). Из них: III группа инвалидности была у 2 пациентов (11,7%), II – у 13 (76,4%) и I – у 1 (5,8%). У всех инвалидов в индивидуальной программе

реабилитации было рекомендовано оперативное лечение – тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава. Соответственно, расходы на приобретение протезов у фирмы-поставщика больным были возмещены из средств Федерального Фонда социального страхования. Комплексное стационарное лечение (предоперационное обследование, операция, послеоперационное ведение) больных выполнялось в рамках бюджета учреждения. В дальнейшем, при условии выделения НПЦ «Фтизиатрия» федеральных квот на оказание вида ВМП (соответствующая лицензия учреждения получена в 2011 г.), – за счет средств федерального бюджета.

Все операции выполнены под рентгенологическим контролем аппаратом ЭОП с применением наборов хирургического инструментария фирм «CeraVer» и «Smith&Nephew». Было установлено 7 (41,2%) протезов производителя «CeraVer» и 10 (58,8%) – фирмы «Smith&Nephew». Из 17 эндопротезов 4 (23,5%) были с парой трения металл-полиэтилен, 3 (17,6%) – металл-керамика, 5 (29,4%) – керамика-керамика и 5 (29,4%) – с никелид-титановым покрытием.

Большинство больных – 13 (76,5%) – были оперированы под спинномозговой анестезией, еще 4 (23,5%) – под общим наркозом. Все больные в раннем послеоперационном периоде (1-е – 5-е сутки) наблюдались в условиях отделения анестезиологии и реаниматологии. Всем пациентам назначались низкомолекулярные гепарины с профилактической целью, под контролем коагулограммы крови, и антибактериальная терапия цефалоспорином. Заживление операционных ран во всех случаях первичным натяжением. Все больные были подняты на ноги с

опорой на костыли в сроки от 3 до 7 суток. В позднем послеоперационном периоде больным назначались физиолечение (ультразвук с лидазой, магнитно-лазерная терапия) и массаж.

В одном случае наблюдалось осложнение в позднем послеоперационном периоде (через 2 месяца после операции) в виде вывиха бедренного компонента протеза. Больной И., 51 год, оперирован 14.07.2011 – тотальное эндопротезирование левого тазобедренного сустава протезом «CeraVer» с парой трения металл-полиэтилен. Заживление per prima, швы сняты на 10-е сутки. 27.07.2011 больной по собственному желанию был выписан на амбулаторное лечение по месту жительства. Больной, со слов, не соблюдал рекомендации по ограничению нагрузки и применению средств дополнительной опоры, и через 2 месяца после операции во время неудачного движения появились боли и ограничение движений в оперированном суставе. После рентгенографии диагностирован вывих, больной госпитализирован повторно. В октябре 2011 г. ему произведена операция по переустановке чашки протеза с дополнительной миотомией. Результат операции удовлетворительный.

Таким образом, внедрение высокотехнологичных операций по тотальному эндопротезированию тазобедренных суставов в условиях профильного отделения ГБУ РС (Я) НПЦ «Фтизиатрия» можно признать успешным. В дальнейшем предстоит работа по обучению кадров, совершенствованию оперативной техники и решению организационных вопросов. Продолжается работа по отбору контингента из состоящих на диспансерном учете больных туберкулезным кокситом.

А.И. Обутова, М.И. Дьяконова

ЗНАЧЕНИЕ ФЕЛЬДШЕРСКО-АКУШЕРСКИХ ПУНКТОВ В НАБЛЮДЕНИИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В РЕСПУБЛИКЕ САХА (ЯКУТИЯ)

УДК 616-002.5-036.2+616-082 (571.56)

ОБУТОВА Александра Иннокентьевна – зам. гл. врача по управлению сестринской деятельностью ГБУ РС (Я) «НПЦ «Фтизиатрия», alobutova@yandex.ru; **ДЬЯКОНОВА Марина Иннокентьевна** – медицинская сестра-статист.

Приводится анализ обеспеченности Республики Саха (Якутия) фельдшерско-акушерскими пунктами (ФАП), которые несут значительную долю ответственности в обеспечении лечения больных туберкулезом и наблюдении за находящимися на диспансерном учете. Определено число туберкулезных очагов, обслуживаемых ФАП, и дана их характеристика возрастная, социальная и эпидемиологическая. Сделано заключение, что ФАПы являются одной из основных структурных единиц в наблюдении за больными туберкулезом по месту жительства.

Ключевые слова: туберкулез, фельдшерско-акушерский пункт, диспансерное наблюдение

Analysis of coverage of the Sakha Republic (Yakutia) with the first aid posts is presented, as first aid posts share significant responsibility for providing medical care to patients with tuberculosis and for keeping record on follow-up (dispensary) patients. Number of the foci of tuberculosis infection observed by the local first aid posts has been determined; age-specific, social and epidemiologic description of the tuberculosis infection foci has been done. In conclusion, first aid posts are one of the key healthcare units to follow-up patients with tuberculosis at their place of residence.

Keywords: tuberculosis, first aid post, regular medical checkup.

Последнее десятилетие в России характеризовалось ростом всех основных эпидемиологических показателей по туберкулезу [3, 9]. При этом нарастание угрозы туберкулеза и борьба с ним рассматриваются как проблема национальной безопасности [8, 10]. В Республике Саха (Якутия) в период 1990-2007 гг. по сравнению с 1970-1990 гг. сохранялась неблагоприятная эпидемическая ситуация по туберкулезу по всем основным эпидемиологическим показателям: отмечен рост заболеваемости в 1,4 раза, бациллярности в 1,1 раза и смертности в 1,3 раза; снижение показателя болезненности менее выражено [1].

Одним из важных компонентов проведения противотуберкулезных мероприятий является деятельность средних медицинских работников [2]. В соответствии с Федеральным законом об основах охраны здоровья [7] первичная медико-санитарная помощь оказывается фельдшерами с учетом принципов приближенности к месту жительства и транспортной доступностью пациентам. При этом медицинские работники фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП) осуществляют выявление, динамическое наблюдение и лечение больных впервые выявленным туберкулезом и с рецидивами заболевания, организуют профилактическое обследование населения [4-6].

В связи с вышесказанным целью исследования явилось определение роли фельдшерско-акушерских пунктов в наблюдении больных туберкулезом.

Материалы и методы исследования. В исследование включены все административные территории РС (Я), имеющие в своем составе фельдшерско-акушерские пункты (исключение составили г. Якутск, Горный, Оленекский и Среднеколымский районы, последний – в 2011 г.). в период 2007-2011 гг. При выполнении исследования использован системный подход, включающий эпидемиологические и статистические методы исследования, в том числе анализ:

- данных историй болезни, амбулаторных карт 360 больных туберкулезом, которые находились под наблюдением ФАП;
- сведений государственной статистики;
- конъюнктурных отчетов по диспан-

серной работе ГБУ РС(Я) НПЦ «Фтизиатрия».

Статистическая обработка проведена с использованием сертифицированной программы Statistica 8,0: определялись средняя величина (M), среднеквадратичное отклонение, средняя ошибка средней величины (m±), взаимосвязи явлений, определяемые методами прямой корреляции (r), критерий Стьюдента (t) для количественных данных, критерий Х² (Пирсона) – для качественных данных, определен уровень значимости различий (p). Различия полагали статистически значимыми при p<0,05.

Результаты и обсуждение. В результате оптимизации противотуберкулезной службы в 2010 г. в соответствии с Постановлением Правительства РС(Я) от 24 декабря 2009г. № 593 «О мероприятиях по созданию единой противотуберкулезной службы Республики Саха (Якутия)» в республике функционировали: головная медицинская организация – ГБУ РС (Я) НПЦ «Фтизиатрия» и 34 районных противотуберкулезных учреждения, в том числе 8 диспансеров без коек, 3 туберкулезные больницы и 1 туберкулезный кабинет муниципального уровня; кроме того, 6 туберкулезных кабинетов, имеющих в участковых больницах и врачебных амбулаториях, Алданского, Нерюнгринского, Кобьейского районов.

На конец 2011 г. в республике туберкулезный круглосуточный коечный фонд составил 842 койки, в том числе 757 (89,9%) для взрослых и 85 (10,1%) для детей. Обеспеченность фтизиатрическими круглосуточными койками по РС (Я) для взрослых составила – 10,8 на 10 000 населения (РФ 2010 г. – 5,0), для детей – 3,3 (РФ 2010 г. – 2,6).

За период 2007-2011 гг. на территории РС (Я) было организовано 219,4+1,8 ФАПов, число которых с 2007 г. имеет тенденцию к

уменьшению – с 224 до 213. Удаленность ФАПов от центральных районных больниц (ЦРБ) или участковой больницы достигает 508 км, радиус обслуживания – до 500 км². В Горной и Оленекской ЦРБ нет ФАПов, в Среднеколымской – ФАП закрыт с 2011г.

В 2001-2011 гг. по типовому проекту построены 5 (2,3%) зданий ФАП, в том числе в Таттинской ЦРБ – 2, Нюрбинской – 1, Хангаласской – 2. На конец 2011 г. абсолютное большинство ФАП (96,2%) размещено в приспособленных зданиях.

Возрастной состав медицинских работников ФАП: от 45 до 50 лет – 41,0%, от 25 до 39 – 34,0, от 60 до 65 лет – 25,0%.

Обеспеченность ФАП фельдшерами составила 90,16+1,41%, акушерками – 75,22+2,73, медицинскими сестрами – 100,12+ 3,65 (p1-2<0,001). В целом занятость ФАП физическими лицами по медицинскому персоналу составила 87,74+ 1,64% (табл.1).

Таким образом, в Республике Саха (Якутия) во всех административных территориях представлена противотуберкулезная служба с общей обеспеченностью коечного фонда на 10 тыс. населения 10,8 для взрослых и 5,0 для детей. На конец 2011г. 96,2% ФАПов размещены в приспособленных зданиях, отмечается дефицит кадров по

Таблица 1

Обеспеченность кадрами в ФАП и ФП в Республике Саха (Якутия) за период 2007-2011гг.

Наименование штатных единиц	Год				
	2007	2008	2009	2010	2011
Всего ФАПов	224	221	219	220	213
Фельдшера					
Штаты	216,0	215,25	207,75	207,75	200,75
Занятые	207,5	203,25	202,75	204,25	190,0
Физические лица, обеспеченность (%)	200 (92,5)	190 (88,3)	189 (90,9)	194 (93,4)	172 (85,7)
Акушерки					
Штаты	69,75	66,0	76,0	81,5	83,5
Занятые	69,25	66	75	76,5	76,75
Физические лица, обеспеченность (%)	53 (75,9)	53 (80,3)	62 (81,6)	58 (71,2)	56 (67,1)
Медсестры					
Штаты	37,25	40,0	34,0	35,5	37,0
Занятые	36,25	39,75	35	34,5	35,25
Физические лица, обеспеченность (%)	35 (94,0)	43 (107,5)	35 (102,9)	38 (107,0)	33 (89,2)
Итого					
Штаты	323	321,25	317,75	324,75	321,25
Занятые	313	309	312,75	315,25	302
Физические лица, обеспеченность (%)	288 (89,2)	286 (89,0)	286 (90,0)	290 (89,3)	261 (81,2)

специальностям «фельдшер» и «акушерка», причем работники в возрасте от 60 до 65 лет составляют около четверти общей численности медицинских работников.

В табл. 2 представлена характеристика очагов туберкулеза на территории обслуживания ФАП. Так, число активных больных туберкулезом за изучаемый период на административных территориях, где предусмотрены ФАПы, колебалось от 1092 до 938, а по отношению к числу проживающего закрепленного населения – от 1,33 до 1,07% с четкой тенденцией к уменьшению, что составило $1,214 \pm 0,057\%$.

Из всех ФАП в республике число ФАП с обслуживанием туберкулезного очага составило соответственно $219,4 \pm 1,8$ и $50,8 \pm 3,7$ ($p < 0,001$), соотношение числа ФАП при наличии туберкулезных очагов к общему числу ФАП – в среднем $23,12 \pm 1,69\%$. Число ФАП при наличии туберкулезных очагов колебалось в пределах от 44 до 63 ($50,8 \pm 3,7$), а число туберкулезных очагов при ФАП – от 53 до 84 ($67,2 \pm 5,1$) ($t = 2,61$; $p < 0,05$).

При этом число проживающих в очаге взрослых больных в расчете на 1 очаг колебалось от 1,12 до 1,03, тогда как детей – от 0,65 до 0,84, что в среднем составило $1,066 \pm 0,017$ и $0,746 \pm 0,030$ ($t = 9,19$ $p < 0,001$) соответственно. Во всех туберкулезных очагах в среднем проживало детей, не заболевших туберкулезом, – $49,6 \pm 2,6$. Всего в ФАП наблюдалось $6,03 \pm 1,28\%$ от всех больных туберкулезом, проживающих по административным территориям.

Таким образом, у каждого четвертого ФАП имеются очаги туберкулеза, в которых наблюдается $6,03 \pm 1,28\%$ всех больных туберкулезом, проживающих в административной территории. В каждом очаге туберкулеза проживало не менее 1 взрослого больного туберкулезом и менее 1 здорового ребенка. При этом число детей, проживающих в одном очаге, различимо меньше, чем число больных туберкулезом, форми-

Характеристика очагов туберкулеза на территориях обслуживания ФАПов

Наименование	Год				
	2007	2008	2009	2010	2011
Число ФАПов	224	221	219	220	213
Численность обслуживаемого населения	81602	82774	80491	78500	87577
в том числе взрослые	56358	57604	55999	55291	62281
подростки	4660	4473	4288	4114	4199
дети	20571	17692	19987	19314	21097
Число ФАПов с наличием ТБ-очагов;	44	53	63	52	42
Соотношение к общему числу ФАПов (%)	19,6	23,9	28,8	23,6	19,7
Число ТБ-очагов в ФАПах	65	77	79	64	51
Число больных ТБ, проживающих в очагах	73	84	84	66	53
Число больных ТБ в среднем на один очаг	1,12	1,09	1,06	1,03	1,03
Общее число взрослых, проживающих в очагах ТБ	73	109	110	86	76
Общее число детей, проживающих в очагах ТБ	48	50	59	48	43
Среднее число детей, проживающих в одном очаге ТБ	0,74	0,65	0,75	0,75	0,84
Число активных больных ТБ в административных территориях, в которых предусмотрены ФАПы	1092	1060	951	913	938
Соотношение числа больных ТБ к общему числу населения, проживающих в административных территориях (%)	1,33	1,28	1,18	1,16	1,07
Соотношение числа больных, наблюдающихся в ФАПах к общему числу больных ТБ в территории (%)	6,7	7,9	8,8	7,2	5,6

Таблица 3

Возрастная характеристика больных туберкулезом, наблюдаемых в ФАПах

Год	Всего больных	Возраст пациентов, лет										
		0-5	6-10	11-14	15-17	18-19	20-24	25-29	30-39	40-49	50-59	60 и больше
2007	73	1	0	1	2	2	13	11	19	12	6	6
2008	84	1	2	0	0	2	12	14	17	18	10	8
2009	84	1	0	0	0	3	12	16	17	17	13	5
2010	66	0	0	0	0	0	8	9	18	16	12	3
2011	53	0	0	0	0	2	4	10	11	11	9	6
Итого	360 (%)	3 (0,8)	2 (0,5)	1 (0,3)	2 (0,5)	9 (2,5)	49 (13,6)	60 (16,7)	82 (22,8)	74 (20,6)	50 (13,9)	28 (7,8)

рующих очаг туберкулеза.

По возрастной характеристике больных туберкулезом, наблюдаемых в ФАП, преобладают больные в возрасте 30-49 лет – 156 (43,3%). Обращает на себя внимание число детей до 14 лет, наблюдаемых в ФАП, – 6, из них половина – дети до 5 лет (табл. 3).

Из 360 больных туберкулезом, к IА группе диспансерного учета относятся 230 (63,9%) чел., значительно меньше к IБ, IIА и Б, III группам – 30 (8,3%), 59

(16,4), 33 (9,2) и 8 (2,2%) ($\chi^2 = 164,29$; $p < 0,001$) соответственно. Более половины (59,2%) наблюдаемых составили впервые выявленные больные, тогда как контингент (хронические) больных и с рецидивом – 126 (35,0%) и 21 (5,8%) ($\chi^2 = 15,28$ и $123,79$; $p < 0,001$) соответственно. Бактериовыделение отмечалось у 181 (50,3%) больного, соответственно 179 (49,7%) не выделяли микобактерий туберкулеза ($\chi^2 = 0,01$; $p > 0,05$) (табл. 4).

Таблица 4

Характеристика больных ТБ, наблюдаемых в ФАП, по категории и группам диспансерного наблюдения

Год	Всего боль- ных	Группа диспансерного учета					Категория больных						Муж.	Жен.	Рабо- тают	Не рабо- тают
							Впервые выявленные		Контингент (хронические)		Рецидив					
		1А	1Б	2А	2Б	III	МБТ (+)	МБТ (-)	МБТ (+)	МБТ (-)	МБТ (+)	МБТ (-)				
2007	73	49	6	12	6	0	18	19	17	16	0	3	55	18	11	62
2008	84	49	9	14	7	3	20	31	19	10	2	2	65	19	16	68
2009	84	53	7	14	6	4	22	30	18	8	2	4	61	23	19	65
2010	66	44	3	12	9	0	19	19	12	12	1	3	47	19	16	52
2011	53	35	5	7	5	1	22	13	8	6	1	3	39	14	10	41
Итого	360	230	30	59	33	8	101	112	74	52	6	15	267	93	72	288

Из всех наблюдаемых больных 288 (80,0%) не имели постоянной работы и лишь 72 (20,0%) были трудоустроены ($\chi^2=90,00$; $p<0,001$). Превалирующее большинство пациентов мужчины – 267 (74,2%), соответственно женщин – 93 (25,8%) ($\chi^2=57,60$; $p<0,001$).

Выводы

1. Во всех административных территориях РС (Я) противотуберкулезная служба представлена в виде противотуберкулезного диспансера – 27 (77,2%) с коечным и 8 (22,8%) – бескоечным фондами. Общая обеспеченность круглосуточным коечным фондом взрослого населения составила 10,8 и детского – 5,0 на 10 000 населения, что превышает среднефедеративные показатели в 1,5-2 раза.

2. Среднее число всех ФАП по РС (Я) составило 219,4±1,8, из которых 205 (96,2%) размещены в приспособленных зданиях с недостаточной обеспеченностью медицинскими кадрами (87,74±1,64%), около четверти работающих – лица пенсионного возраста.

3. Соотношение числа активных больных в административных территориях, где предусмотрены ФАПы, к общему числу прикрепленного населения составило в среднем 1,214±0,057%. Очаги туберкулеза имелись при 23,12±1,69% ФАП, в которых наблюдалось в среднем 6,03±1,28% всех больных туберкулезом, проживающих в административной территории.

4. Определена взаимосвязь – при наличии туберкулезного очага на территории обслуживания ФАП высока вероятность формирования нового туберкулезного очага ($r=0,844$). В каждом очаге туберкулеза проживает 1 взрослый больной туберкулезом и 1 здоровый ребенок. Детей, проживаю-

щих в очаге, было меньше ($p<0,001$), чем число взрослых больных, формирующих очаг туберкулеза.

5. В ФАП наблюдается 63,9% пациентов, относящихся к I группе диспансерного учета, в том числе большинство впервые выявленные (59,2%; $p<0,001$), бактериовыделители (50,3%; $p>0,05$), мужчины, не имеющие работу ($p<0,001$).

6. ФАП являются одной из основных структурных единиц в системе наблюдения больных туберкулезом по месту жительства.

Литература

1. Алексеева Г.И. Оптимизация микробиологической диагностики туберкулеза. Особенности эпидемиологического процесса туберкулеза в Республике Саха (Якутия): автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Г.И. Алексеева. – М., 2010. – 44 с.

Alekseeva G.I. Optimization of microbiologic diagnosis of tuberculosis. Specific features of the epidemic process of tuberculosis in Sakha Republic (Yakutia): Dr.Med.Sc.(MD) thesis/ G.I. Alekseeva. – M., 2010. – 44 p.

2. Нечаева О.Б. Организационные аспекты деятельности медицинских сестер по оказанию противотуберкулезной помощи населению / О. Б. Нечаева // Главная медицинская сестра. – 2002. – № 7. – С. 29-33.

Nechaeva O.B. Organizational aspects of the nursing practice in providing anti-tuberculosis healthcare for population/ O.B. Nechaeva // Glavnaya meditsinskaya sestra. – 2002. – №7. – P.29-33.

3. Нечаева О. Б. Мониторинг и оценка изменений эпидемиологических показателей по туберкулезу в Российской Федерации / Нечаева О. Б. // Туберкулез и болезни легких. – 2012. – № 8. – С. 16-22.

Nechaeva O.B. Monitoring and assessment of changes in epidemiologic indicators for tuberculosis in the Russian Federation / O.B. Nechaeva // Tuberkulez i bolezni legkikh. – 2012. – №8. – P.16-22.

4. Совершенствование противотуберкулез-

ных мероприятий в Российской Федерации: приказ МЗ РФ от 21.03.2003 г. №109 // М., 2003. – 347с.

On improvement of tuberculosis-controlling measures in the Russian Federation: Russian Federation Ministry of Health order, 21 March 2003 no. 109.-M., 2003.-347p.

5. Дополнение к приказу Министерства здравоохранения Республики Саха (Якутия) «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом в Республике Саха (Якутия) от 31 мая 2012 г. № 01-8/4-859»: приказ №01-8/4-1509 от 30.08.2012 г.

Amendment to the Order of the Ministry of Health of Sakha Republic (Yakutia) "On the procedure for providing antituberculosis care in the Sakha Republic (Yakutia)", May 31, 2012 no. 01-8/4-859": Order no. 01-8/4-1509, August 30, 2012.

6. О внесении изменений и дополнений в Инструкцию по организации выявления больных туберкулезом в лечебно-профилактических учреждениях Республики Саха (Якутия): приказ № 01-8/4-1302 от 08.08.2012 г.

On making amendments to the Instruction on organizing the detection of patients with tuberculosis at healthcare institutions of Sakha Republic (Yakutia): Order no. 01-8/4-1302 August 8, 2012.

7. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: федеральный закон Российской Федерации от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ.

On the fundamentals of protection of the public health in the Russian Federation: Federal Law of the Russian Federation November 21, 2011 no. 323-FZ.

8. Фтизиатрия: национальное руководство / под редакцией М.И. Перельмана. М.: ГЭОТАР—Медиа, 2007. – 512 с.

Phthisiology: national guide /Perelman M.I., editor.-M.: "GEOTAR-Media", 2007.– 512 p.

9. Шилова М. В. Туберкулез в России в 2009 году/ М. В. Шилова. – М., 2010. – 192 с.

Shilova M.V. Tuberculosis in Russia in 2009 / M.V. Shilova.– M. – 2010. – 192 p.

10. Cardona P.-J. New insights on the nature of latent tuberculosis infection and its treatment / P.-J. Cardona // Inflamm. Allergy Drug Targets. –2007. – Vol. 6, N. 1. – P. 27-39.

НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ И ЛЕКЦИИ

М.П. Дуткин

ФЛЮКТУАЦИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ СЕВЕРА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

УДК 31: 616.89-008.44144 (571.56)

Исследована динамика самоубийств в Российской Федерации и Республике Саха (Якутия). В 2009 г. установлено снижение смертности от самоубийств в РФ на 35,4% (по сравнению с показателями 1996 г.). В РС(Я) в последние годы количество самоубийств составляет 47–48 на 100 тыс. населения, то есть не имеет устойчивой тенденции к снижению. В статье исследуются архаические языческие верования и архетипы «коллективного бессознательного» (К. Юнг) как вариант этнокультурального фактора в происхождении самоубийств.

Ключевые слова: суицид, социально-экономический фактор, этнокультуральный фактор самоубийства, коренные народы Севера, архаические языческие верования, архетипы «коллективного бессознательного», терминология К. Юнга.

ДУТКИН Максим Петрович – к.филос.н., врач-психотерапевт, доцент Медицинского института СВФУ им. М. К. Аммосова, maksdutkin@mail.ru.

The article presents the research of dynamics of suicide in the Russian Federation and Republic Sakha (Yakutia). In the Russian Federation, now there is a pronounced downward trend in suicides, since 1996 year. Reducing mortality from suicide for the Russian Federation as a whole amounted to 35.4%. In Republic Sakha (Yakutia) in recent years the suicide rate is 47-48