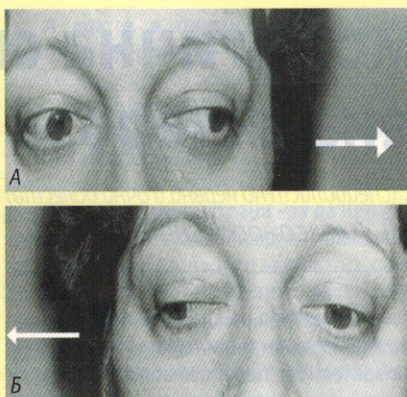


двустранината интернуклеарна офталмопареза при болни в млада или зряла възраст е множествената склероза (1, 5, 8). На **фиг. 1 А, Б** представяме болна с МС с данни за билатерална интернуклеарна офталмопареза.

СУПРАНУКЛЕАРНИ ЛЕЗИИ

Супрануклеарните очедвигателни лезии са по-рядка находка при болни с МС. Те са резултат на демиелинизационни лезии, ангажиращи стволони (понтинни или мезенцефални) структури. Супрануклеарна пареза на вертикалните очни движения се наблюдава при плаки в дорзалния роstralен мезенцефалон, ангажиращи поотделно или в комбинация роstralното интерстициално ядро на лонгитудиналния медиален фасцикул (riFLM), интерстициалното ядро на Cajal (inC), commissura posterior - подкорови центрове за генериране и контрол на вертикалните съдружни очни движения в посока нагоре и/или надолу. Демиелинизационни лезии в понса, засягащи парамедианната понтинна ретикуларна формация (PPRF) - подкоров център за генериране и контрол



Фиг. 1.

на хоризонталните съдружни очни движения, могат да предизвикат уни или билатерални хоризонтални погледни парези (12, 1). При болни с МС могат да се наблюдават и комбинирани очедвигателни лезии, напр. съчетание на супрануклеарна с интернуклеарна лезии; на нуклеарна с инфрануклеарна; на инфрануклеарна с интернуклеарна и

пр.(6, 1). Те са резултат на множествена увреда на съответните окуломоторни структури от демиелинизационни плаки.

При всеки болен с неясни зрителни или очедвигателни нарушения е необходимо прецизно офталмологично/невроофталмологично изследване, включващо оценка на зрителните функции - зрителна острота с корекция, периметрия, изследване на очно дъно, цветоусещане, контрастна чувствителност, оценка на очния мотилитет, изследване за двойни образи и др., което би насочило търсенията в насока на неврологично заболяване и би мотивирало провеждане на невроизобразяващи и други изследвания, доказващи или отхвърлящи съответното неврологично заболяване. Ранната диагноза при неврологични заболявания, започващи с невроофталмологична симптоматика, в частност МС, е от съществено значение за адекватно терапевтично поведение и повлияване хода на болестта при тези болни. □

(Библиографията е на разположение в редакцията.)

Способи за самоубийства в България

СТАТИСТИЧЕСКИ РАЙОНИ ЗА ПЕРИОДА 2009-2013 г.

Д-р В. Након¹, доц. д-р Т. Татъзов¹, доц. д-р Т. Дончев²

¹ Национален център по общественно здраве и анализи

² Военномедицинска академия, Клиника по психиатрия

По данни на Световната здравна организация дневно в света се извършват около 1000 самоубийства. Самоубийството е една от водещите причини за смърт. Най-засегната е възрастовата група на хората над 70 години.

Колкото и да е странно, в суицидологията е трудно да се даде определение на това, какво се разбира под „способ за самоубийство“. В литературата по този въпрос в България, а и в световен мащаб, няма отделни разработки. Очевидно този проблем е второстепенен за повечето автори, в сравнение с изучаването причините, мотивите и другите аспекти на самоубийствата. Донякъде това е обяснимо - човек е приключил живота си по своя воля, като живота му няма да бъде повторен. Естествените въпроси, които си задаваме са: какви са причините, какво може да се направи, за да бъде предотвратено самоубийството? Не е ли просто подробност с какъв метод е приключил живота си?

Важно е да се знае, че когато се касае за такъв важен и многопластов проблем като самоубийството, никога няма дребни неща, всичко е важно. Затова не само от любопитство си задаваме въпроса защо например някой избира обесването, друг -

отравянето, трети - да скочи, а четвърти - да се застреля.

Под способности на самоубийство ние разбираме различни варианти на действия, които са насочени към постигане на определена цел. Следователно, способите за самоубийство са различните действия, насочени към лишаване от собствения живот.

Способите на самоубийство не са толкова много. В зависимост от подхода те се разделят от 8 до 16 вида. В съвременната суицидология това са: самообесване; удавяне; самоотравяне; самозапалване; самоубийство с използване на остри и режещи предмети; самоубийство с помощта на огнестрелно оръжие; самоубийство с електрически ток; самоубийство чрез хвърляне от височина; самоубийство с отказ от храна; самоубийство чрез преохлаждане.

Следва да се отбележи, че всеки от гореизброените способности за самоубийство може да бъде извършен с помощта на различни средства, така както се класифицират в съдебната медицина. Човек може да използва въже, ремък, вратовръзка, носна кърпа и дори собствената си коса, но това ще бъдат различни средства на един и същ способ за самоубийство.

В официалните документи, използвани в Република България, повечето от тези способности се отчитат, като редките способности са в графа „Други“.

Разбира се, средствата за самоубийство зависят от способа. При самоотравянето се използват стотици различни вещества - отрови, при способите с остри и режещи предмети - ножове, брадви, бръснари, ножници, стъкла и други. В суицидологията е прието да се казва, че няма такъв предмет, който е специално пригоден за самоубийство, както и няма такъв, с който да не може да се извърши самоубийство.

В. Осипов през 1923 г пише, че болните, „мислите на които са насочени към самоубийството, стават необикновено изобретателни“.

При желание човек може да приключи живота си без да използва допълнителни средства - достатъчно е да спре да се храни и да приема течности.

Още в началото на ХХ век в периода на развитие на социологическия подход за изучаването на самоубийствата се е смятало, че статистическата отчетност на различните способности на самоубийствата няма научна тежест, поради това, че избраният способ е случайно съвпадение от

различни субективни и обективни условия. Отбелязан е факта, че при обмислено самоубийство, психически здравият човек избира този способ, който съответства на неговите лични виждания за съсловие и за порядъчност. Установено било, че химици, фармацевти, фотографи по-често използват бързодействащи отрови, военните използват предимно огнестрелно оръжие, механици, ковачи, обучари - обичайните

за тях остри и режещи предмети, перачките и прислужничките често използвали химически течности. Психично болните или такива, преживяващи тежък стрес или криза, използват това, което е възможно най-близо - скачат от височина, давят се или се бесят.

В нашето изследване са включени всички опити за самоубийства и завършени такива, докладвани в съответствие

с нормативните документи в Република България за периода 2009-2013 г. Както и в други наши разработки, използвани са статистическите райони в България. Статистическите райони (NUTS на френски: Nomenclature des unités territoriales statistiques) в България са шест, обособени с основна цел статистическо отчитане на териториалните единици, съгласно изчисленията на Евростат.

РАЗПРОСТРАНЕНИЕ НА ОПИТИТЕ И ЗАВЪРШЕНИТЕ САМОУБИЙСТВА ЗА СТАТОСТОЧЕСКИ ПЕРИОД 2009-2013 г.

Опити за самоубийства по статистически райони на 100 000 души население фиг. 1.

През периода на нашето наблюдение тенденцията, която се наблюдава, е увеличение на абсолютния брой, както на опитите (от 2712 до 3189), така и на завършените суициди (от 673 до 811) с намаление през 2013 г (съответно 3020 и 648). 2011 г е годината, през която нараства общия брой на опитите за сметка на увеличение опитите за самоубийства при жените.

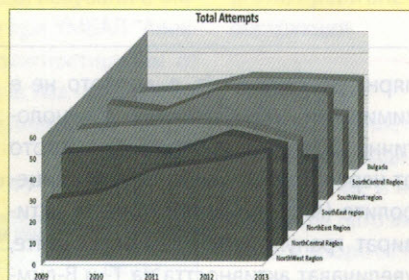
Смърт от самоубийства по статистически райони на 100 000 души население фиг. 2.

Относителен дял на способите за самоубийства в смъртта от самоубийства за периода фиг. 3.

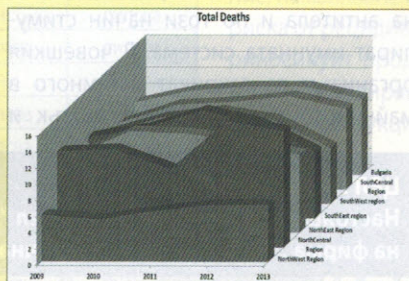
Най-голям дял в смъртта от самоубийство има обесването (58%), следвано от хвърлянето от височина (16%), използването на огнестрелно оръжие (16%). Въпреки високия относителен дял на опитите за самоубийство с медикаменти, то те заемат 4-то място като относителен дял на смъртта (4%).

Във всички региони двата основни метода са медикаментозният и обесването, като следват относително общата тенденция, за разлика от другите методи, които показват значима динамика през годините.

Това показва основните насоки за превантивна дейност, насочени към тези два метода. Въпреки че медикаментозните



Фиг. 1.

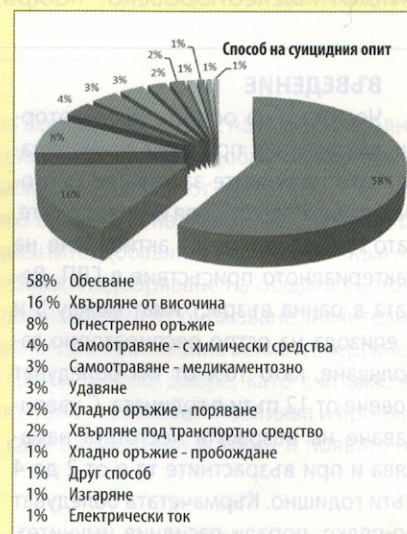


Фиг. 2.

методи превишават няколкократно останалите, то те имат нисък дял в смъртта от самоубийства.

Относителен дял на опитите за самоотравяне с медикаменти при двата пола в регионите на старната за периода 2009-2013 г.

В отделните региони се наблюдават значими различия в честотата на използ-



Фиг. 3.

вания метод. Например в Югозападния регион (ЮЗ) преобладава медикаментозното самоотравяне (до 70%), докато в Югоизточния регион към този метод прибягват 38%-48%.

Относителен дял на опитите за обесване при двата пола в регионите на старната за периода 2009-2013 г.

При обесването картината е обратна - то преобладава като способ в ЮИ (до 33%) пред ЮЗ (8%-12%).

ОСНОВНИ ИЗВОДИ

1. Познаването на способите за извършване на самоубийство е важно, поради възможността за планиране и провеждане на превантивни мероприятия.
2. Всички познати способности в суицидологията се срещат и в България.
3. Основни способности за самоубийство са медикаментозното самоотравяне и самообесването.
4. На твърдите методи (самообесване, хвърляне от височина, използване на огнестрелно оръжие и други) се дължат над 85% от смъртните случаи.
5. Налице са различия в отделните статистически райони, така например в ЮЗ преобладава самоотравянето, а в СЦ и ЮИ преобладава самообесването

Важни препоръки, свързани със суицидното поведение:

1. Задаването на въпроси от лекар, относно суицидни идеации и намерения у пациент с подозирана депресия или жизнена криза, би снижило в значителна степен риска от автоагресивни действия с идентифицирането им.
2. Задаването на въпроса: „Обмисляли ли сте да сложите край на живота си?“ няма да обиди пациента, ако е зададен в лекарски кабинет и вероятно би спасил живота на пациента.
3. В обратна корелация с опитите за самоубийства са тиражираните от медиите „новини“, тиражиращи автоагресивното поведение като актове на протест или мъченичество.
4. Над 70% от извършващите суицидни действия в рамките на месец преди акта са посещавали медицинска служба.
5. Липсва пряка връзка между актовете на самоубийство и социалния статус.
6. Не е несериозно и обществото да предприема мерки за намаляване риска от самоубийства - като напр. да обезопаси предпочитаните места, да провежда разяснителна политика, да въвлече помагачи професии, като например училищни психолози и социални служби. □

(Библиографията е на разположение в редакцията.)