

Основные клинические показатели пациентов, поступивших в многопрофильный стационар с попытками самоубийства

Г.А. Прокопович¹, В.Э. Пашковский², А.Г. Софронов²

¹ ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе»,

² ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова», Санкт-Петербург

Резюме. Целью исследования явилось определение клинико-динамических показателей пациентов с суицидальными попытками, поступивших в многопрофильный стационар. Изучено 970 пациентов с суицидальным поведением: мужчин — 320 (32,9%), женщин — 650 (66,1%). Средний возраст — 40,4 ± 16,5 лет. Метод. Применялось полуструктурированное интервью с использованием оригинальной формализованной карты, состоящей из клинических и клинико-динамических модулей. Психиатрическая диагностика осуществлялась по критериям ICD-10. Выявлено преобладание пациентов с невротическими расстройствами. Наиболее частыми были суицидные попытки, осуществленные путем умышленного самоотравления лекарственными средствами. Полученные данные имеют важное значение для разработки лечебно-реабилитационных программ.

Ключевые слова: суицидальная попытка, многопрофильный стационар

Basic clinical indicators of the patients who have arrived in a multisectoral hospital with attempts of suicide

G.A. Prokopovich¹, V.E. Pashkovskiy², A.G. Sofronov²

¹ I.I. Dzhanelidze Institute of Emergency Medical Care, St. Petersburg

² I.I. Mechnikov Nord-West Medical University, Department of Psychiatry and Addictions, St. Petersburg

Summary. The aim of the research was definition of clinic-dynamic indicators of patients with the suicide attempts, arrived in a multisectoral hospital. 970 patients with suicide behavior are studied: men-320 (32,9%), women — 650 (66,1%). Middle age — 40,4 ± 16,5 years. Method. The semistructured interview to use of the original formalized card consisting of clinical and clinic-dynamic modules was applied. Psychiatric diagnostics was carried out by criteria ICD-10. Prevalence of patients with neurotic disorders is revealed. The suicidal attempts which have been carried out by a deliberate self-poisoning by drugs were the most frequent. The obtained data has great value for working out of medical-rehabilitation programs.

Key words: suicide attempt, a multisectoral hospital

Проблема своевременной диагностики суицидального поведения и оказания помощи лицам, совершившим попытку самоубийства, представляется чрезвычайно значимой. Несмотря на то что частота завершённых самоубийств в России снизилась за период 2007–2011 гг. с 30 до 23,8 случая на 100 000 населения, этот показатель превышает определённый ВОЗ «критический уровень» частоты суицидов на 20%. Потери общества (ВВП) вследствие суицидов составляют около 3 млрд рублей в год [5].

Развитие и совершенствование суицидологической помощи видится возможным не только в организации специализированных лечебно-профилактических структур, но и в формировании системы тесного взаимодействия служб, оказывающих помощь суицидентам (больницы, диспансеры, станции скорой медицинской помощи, токсикологические центры и т. д.) [6]. В связи с разобщённостью суицидологических служб данные о нозологической принадлежности лиц, совершающих суицидальные попытки, противоречивы. В психи-

атрических стационарах выявлено преобладание шизофрении и аффективных расстройств [3, 10, 11], а в общесоматических, по данным А.В. Боевой, среди суицидентов доминировали лица с невротическими и связанными со стрессом расстройствами (40%) и расстройством личности (19,1%). Больные эндогенными заболеваниями (шизофрения, аффективные расстройства настроения) составили лишь 1/6 часть (17,4%) [2]. По данным А.Г. Амбрумовой [1] среди суицидентов преобладают лица с непсихотическими формами психических расстройств, которые после совершения суицидальной попытки обычно не госпитализируются в психиатрический стационар и остаются без своевременного оказания психотерапевтической помощи.

В литературе по профилактике суицидов основное внимание уделяется психологическим и психотерапевтическим аспектам [4]. В то же время вопросы организации помощи в таких важных звеньях, как «скорая медицинская помощь» и «многопрофильный стационар», освещены недостаточно.

Целью настоящего исследования является выявление клинических и клинико-динамических показателей лиц с суицидальными попытками, поступивших на лечение в многопрофильный стационар скорой помощи.

Материал и методы исследования. Исследование осуществлялось на базе Санкт-Петербургского научно-исследовательского института скорой помощи имени И.И. Джанелидзе. Сплошным методом изучены 3000 историй болезни пациентов с диагнозом «суицидальная попытка», поступивших на лечение в 2011–2012 гг. Для дальнейшего изучения была сформирована выборка, состоящая из 970 пациентов. Критериями включения явились случаи верифицированных суицидальных попыток, критериями исключения — случаи с несуйцидальными самоповреждениями и самоотравлениями, возраст ниже 18 лет, тяжелое соматическое и психическое состояние, исключающее возможность продуктивного контакта. Исследование осуществлялось клинико-психопатологическим и клинико-архивным методами с помощью формализованной карты с суицидальным поведением, состоящей из 25 пунктов. Диагностика осуществлялась согласно критериям международной классификации болезней МКБ-10 с использованием кодов X60–X84 «Умышленные самоповреждения». Статистическая обработка материала осуществлялась с помощью пакета STATISTICA 6.0.

Результаты и их обсуждение. Среди поступивших в стационар было 320 (33,0%) мужчин и 650 (67,0%) женщин. Средний возраст — 40,4±16,5 лет. Как видно из диаграммы (рис.1) наиболее значительная доля приходилась на самый трудоспособный возрастной диапазон 18–27 лет (26,4%). Вместе с тем, распределение пациентов по возрасту хорошо коррелировало с аналогичными показателями в общей популяции ($r=0,69$, $p<0,05$) [9].

Постоянную работу имели 202(20,8%), не имели работы или жили случайным заработком 768 (79,2%) чел.

Распределение пациентов по способу осуществления суицидальных попыток отражено в таблице 1.

Способы	Абс	%
повешение	2	0,2
утопление	1	0,1
отравление химическими веществами	36	3,7
отравление ПАВ*	20	2,1
отравление лекарственными средствами	789	81,3
прыжок с высоты	8	0,8
применение огнестрельного оружия	1	0,1
применение холодного оружия	38	3,9

самосожжение, самоподрыв	3	0,3
вскрытие вен	18	1,9
использование технических средств: прыжок под поезд, автомашину, пр.	1	0,1
Сочетание отравлений с другими повреждениями	53	5,5
Всего	970	100

Примечание: * ПАВ — психоактивное вещество

Как видно из таблицы 1, наиболее частыми способами осуществления суицидных попыток явились самоотравления лекарственными средствами (845 чел.-87,1%). Аналогичные данные получены испанскими исследователями, установившими, что в центрах неотложной помощи умышленные самоотравления составили 80% [10]. Распределение суицидальных попыток в виде умышленного самоотравления представлено в таб. 2.

Название	Абс	%
Умышленное самоотравление в результате приема ненаркотических анальгетиков, жаропонижающих и противоревматических препаратов.	114	13,5
Умышленное самоотравление в результате приема антиэпилептических, седативных, снотворных, антипаркинсонических и психотропных препаратов.	465	55,1
Умышленное самоотравление в результате приема наркотиков и галлюциногенов	51	6,0
Умышленное самоотравление в результате приема других препаратов, возбуждающих вегетативную нервную систему	111	13,1
Умышленное самоотравление в результате приема органических растворителей, каустической соды и их испарений	7	0,8
Умышленное самоотравление в результате других, не перечисленных веществ	87	10,3
Умышленное самоотравление в результате приема неуточненных веществ	10	1,2
Всего	845	100

Как видно из табл. 2, более 1/2 лиц предпочитали использование препаратов, действующих на центральную нервную систему.

Распределение суицидентов по нозологическим группам показано в табл. 3. Выявлено, что доля невротических, связанных со стрессом расстройств была наибольшей — 328 (33,8%). Второй по значимости была доля психических расстройств, связанных с употреблением алкоголя — 299 (30,8%).

Выявлена роль алкогольного фактора при совершении суицидальной попытки. Повышение содержания алкоголя в биологических средах более

1 % обнаружено у 439 (45,2%) пациентов. Значимость алкогольного фактора при совершении суицидальных действий подчеркивали и другие авторы. Мета-анализ когорты исследования [9] показал, что злоупотребление алкоголем и наркотиками тесно связаны с самоубийством. Потребители алкоголя в пять раз более чем непьющие были подвержены высокому риску самоубийства. Другие авторы говорят о двоякой роли алкоголя. С одной стороны его действие приводит к растормаживанию, повышению импульсивности, снижению когнитивного контроля, что облегчает совершение суицидальных действий. С другой — его используют как средство для снятия напряжения, чтобы ослабить неприятные переживания [12].

Клинико-динамические показатели обусловились тяжестью как соматического, так и психического состояния. Среднее количество дней пребывания на койке составило $5,1 \pm 7,1$. Максимальное значение этого показателя — 97 дней. Наибольшее количество пациентов были доставлены автотранспортом скорой медицинской помощи — 938 (96,7%), самостоятельно пришли 5 (0,5%), прочими способами доставки (полиция и т.д.) пользовались 27 (2,8%) человек.

Все пациенты были осмотрены психиатром. Большинство из них — 681 (70,2%) после оказания помощи были выписаны по месту жительства. 132 (13,6%) чел. переведены на амбулаторное лечение под наблюдение психиатра, 101 (10,4%) переведены в психиатрический стационар. Летальный исход отмечался в 56 (5,8%) случаях.

Таким образом, в многопрофильном стационаре оказывается высококвалифицированная помощь. Вместе с тем, с особыми диагностическими сложностями сталкиваются врачи, осуществляющие первый контакт с пациентом. Нередко пациенты с самоотравлениями, первоначально заявившие о суицидальной попытке меняли мотивацию своих поступков: «занимался самолечением», «ошибочно принял большое количество таблеток», «осуществлял прием с целью опьянения» и т. д. Поэтому во всех, в т.ч. и в сомнительных случаях осуществлялся осмотр психиатра в диагностических палатах приемного отделения. В зависимости от статуса пациента определялся профиль отделения. Наибольшая нагрузка приходилась на токсикологические и хирургические отделения. По миновании тяжелых соматических по-

следствий больные переводились в соматопсихиатрическое отделение. Пути совершенствования оказания суицидологической помощи в многопрофильном стационаре видятся в более тесной согласованности в работе стационара и городских психиатрических, наркологических и психотерапевтических служб.

Таблица 3. Диагноз психического расстройства по МКБ-10

Код по МКБ-10	Название психического расстройства	Абс	%
F05	Делирий, не вызванный алкоголем или ПАВ	1	0,1
F06	Другие психические расстройства вследствие повреждения или дисфункции головного мозга	151	15,6
F10	Психические расстройства, связанные с употреблением алкоголя	299	30,8
F11-19	Психические расстройства, связанные с употреблением других ПАВ	29	3,0
F20. 1-9	Шизофрения, все формы	40	4,1
F21	Шизотипическое расстройство (латентная шизофрения)	6	0,6
F23.22	Острое шизофреноформное психотическое расстройство, реактивное состояние	10	1,0
F25	Шизоаффективное расстройство	4	0,4
F32, 33	Аффективные расстройства настроения депрессивного круга	90	9,3
F40-41	Фобические и тревожные расстройства	3	0,3
F43.20-28	Острая первичная аффективная реакция	291	30,1
	Пролонгированная депрессивная реакция	34	3,5
F60-69	Расстройства личности и поведения	11	1,1
F70	Умственная отсталость легкой степени	1	0,1
Всего		970	100

Литература

1. Амбрумова А.Г., Старшенбаум Г.В. О состоянии суицидологической службы в России // Матер. 12-го съезда психиатров России. — М. — 1995. — С. 28–29.
2. Боева А.В. Клинические и социально-психологические характеристики суицидентов и методы краткосрочной кризисной психотерапии: (На материале общемед. лечебной сети): Автореф. Канд. дисс. — М.: 2004. — 23 с.
3. Гладышев М.В. Клинико-социальные аспекты распространенности суицидов в период радикальных преобразований в России (1990-2003 гг.). Автореф. Канд. Дисс. — М. — 2006. — 18 с.
4. Кудрявцев И.А., Декало Е.Э. Психологические факторы и механизмы суицидогенеза как критерии суицидального риска и направленной профилактики // Суицидология. — 2012. — № 2. — С. 3–11.
5. Резолюция Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Психическое здоровье населения как основа национальной безопасности России» 15.09.2012 Ка-

- заянь. URL: <http://www.psychiatr.ru/news/53> (дата обращения 24.10.2012)
6. Цыганков Б.Д., Ваулин С.В. Суициды и суицидальные попытки (клиника, диагностика, лечение) — Смоленск: СГМА. — 2012. — 232 с.
 7. Численность населения Российской Федерации по полу и возрасту на 01.01.2010г. (статистический бюллетень). — М., Росстат. — 2010. — 330 с.
 8. González-Navarro M.D., Lorenzo-Román M.I., Luna-Maldonado A. et.al. Study of sociodemographic and psychopathological risk factors in suicide attempts. 2008-2010 // *Semergen*. — 2012. — V. 38. — №7. — P. 439-444.
 9. Harris E.C., Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. // *Br. J. Psychiatry*. — 1997. — V. 170. — P. 205-228.
 10. Hayashi N, Igarashi M, Imai A, et.al. Psychiatric disorders and clinical correlates of suicidal patients admitted to a psychiatric hospital in Tokyo. // *BMC Psychiatry*. — 2010. — Dec 13;10:109.
 11. Øiesvold T., Bakkejord T., Hansen V. et.al. Suicidality related to first-time admissions to psychiatric hospital // *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* — 2012. — V. 47. — №3. — P. 419-425
 12. Pompili M., Serafini G., Innamorati M. et.al. Suicidal behavior and alcohol abuse. // *Int. J. Environ. Res. Public. Health*. — 2010. — V.7. — P. 1392-1431.

Сведения об авторах

Прокопович Галина Анатольевна — врач токсикологического отделения Санкт-Петербургского государственного научно-исследовательского института скорой помощи имени И.И. Джанелидзе. E-mail: galinapro1@rambler.ru

Пашковский Владимир Эдуардович — д.м.н., профессор кафедры психиатрии и наркологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. E-mail: pashvladimir@yandex.ru

Софронов Александр Генрихович — д.м.н., профессор, зав. кафедрой психиатрии и наркологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, главный психиатр и главный нарколог Комитета по здравоохранению правительства Санкт-Петербурга. E-mail: alex-sofronov@yandex.ru