

А. К. Напреенко, В. А. Процьк, Л. С. Пампуха

**Шизофрения с симптомами депрессии:
клинические проявления и лечение тиорилом
(тиоридазином)**

Национальный медицинский университет (г. Киев)

В статье проанализированы соответствующие данные литературы и предварительные результаты клинико-психопатологических и патопсихологических исследований 30 больных шизофренией с симптомами депрессии, в том числе на фоне экзогенно-органической церебральной патологии. Описаны атипичная клиническая симптоматика, варианты течения («параноидная депрессия», «апатодинамический», «сенесто-ипохондрический», «деперсонализационный»), особенности реагирования больных на традиционную психофармакотерапию. Представлен широкий спектр показаний для применения тиорила, его эффективность и хорошая переносимость при дифференцированном лечении данной патологии.

А. К. Napreyenko, V. A. Protsyk, L. S. Pampukha

**Schizophrenia with depressive symptoms:
clinical manifestations and treatment
with tioril (tioridazine)**

*National medical University named after A. A. Bohomolets
(Kyiv)*

In the article literature data and presumed results from clinical-psychopathological and pathopsychological examinations of 30 patients with schizophrenia with depressive symptoms including those on the background of exogenous organic cerebral pathology were analyzed. Atypical clinical symptoms, variants of the course of disease ("paranoid depression", "apathodynamic", "senesto-hypochondriacal", "depersonalizational" ones), peculiarities of the patients' reactivity on a traditional psychopharmacotherapy are described. A wide range of usage for Tioril, its efficacy and good tolerability in a differential treatment of this pathology are demonstrated.

УДК 616.89–008.441.44

В. А. Розанов, С. Е. Захаров, Г. Ф. Кривда, Л. А. Пироженко

Институт последипломного образования

Одесский национальный университет им. И. И. Мечникова

Одесское областное бюро судебно-медицинских экспертиз

Одесское областное управление статистики (г. Одесса)

**ЗАВЕРШЕННЫЕ САМОУБИЙСТВА В ОДЕССКОМ РЕГИОНЕ
ЗА ПЕРИОД 2000–2002 гг.**

Самоубийство является весьма актуальной проблемой общественного здоровья в Украине. За период с 1988 по 1998 гг. в стране наблюдается неуклонный рост числа самоубийств, от 9 792 случаев в 1988 г. до 14 860 случаев в 1998 г., прирост составил за данный период 51,7 %. Ввиду наблюдавшейся в тот же период депопуляции, уровень самоубийств вырос с 19,0 до 29,6 на 100 тыс. населения, прирост составил 55,8 % [1, 2]. В последние годы уровень самоубийств стабилизировался на значениях порядка 29,8–29,6 на 100 тыс. Тем не менее, сегодня Украина занимает 8-е место в мире по уровню самоубийств после Литвы, Российской Федерации, Беларуси, Латвии, Эстонии, Венгрии и Словении, и 6-е место в мире по темпам прироста этого показателя [3].

Около 15 тыс. добровольных смертей в год — достаточно большая цифра, чтобы привлечь внимание как профессионалов, так и общественности. В то же время согласованной национальной стратегии превенции самоубийств в Украине пока нет. Разработка такой программы, безусловно, должна базироваться на объективных данных анализа этого явления с целью выявления наиболее уязвимых групп риска, важнейших тенденций внутри половозрастных категорий населения. Значительный интерес представляет рассмотрение региональных различий в суицидальном поведении, важным является также выяснение основных тенденций в городах и в сельской местности, среди молодежи и стариков, в специфических сообществах (армия, пенитенциарная система, различные профессиональные группы). Можно полагать, что Украина приближается, по меньшей мере, к постановке основных вопросов, подлежащих рассмотрению и анализу. Об этом свидетельствует возросшее число публикации по проблеме самоубийств в последние годы [4, 5], а также присоединение Украины к международному плану действий в области улучшения психического здоровья населения.

В данной статье мы представляем аналитические данные по завершенным самоубийствам в Одесском регионе, во многом аналогично материалу, опубликованному в работе [5], однако с учетом различий городского и сельского населения, и не только в абсолютных числах, но и во взвешенных показателях, что представляется нам важным.

Данные о самоубийствах представлены Одесским бюро судебно-медицинских экспертиз в следующем формате: пол, возраст, место проживания, способ самоповреждения, дата вскрытия. Данные о численности населения в регионе по годам (в т. ч. городского и сельского, мужчин и женщин) представлены Одесским областным бюро статистики. Данные по области в нашем случае включали как села, так и некоторые районные центры, имеющие статус городов, но расположенные вдали от мегаполиса. Возрастные группы сформированы в соответствии с демографическими нормами (по 5 лет, лица старше 75 лет объединялись в общую группу). Данные вносили в таблицы Excell и обрабатывали с помощью встроенных программ. Охвачен период с 2000 по 2002 г. Всего в базе данных обработано 2523 случая. Полнота охвата обеспечивается тем обстоятельством, что все случаи самоубийств, как в городе, так и в области, подлежат судебно-медицинскому патологоанатомическому исследованию, вследствие чего вся информация сводится в областное бюро.

Кратко характеризуя регион, следует отметить, что общая численность населения составляет (по данным на 2000 г.) 2510,4 тыс. чел, из них в г. Одессе проживает 1011 тыс. чел.; регион по площади относится к крупнейшим в Украине, по экологическому состоянию и социально-экономическому развитию характеризуется относительно благополучными показателями.

Вначале целесообразно проанализировать данные об общем числе самоубийств и сопоставить уровни с учетом сельского и городского проживания,

в целом и по гендерному признаку (табл. 1). Данные таблицы 1 количественно однородны по годам, поэтому подлежат простому усреднению, средние величины, в свою очередь, репрезентативно отражают имеющиеся закономерности.

Как видно из представленных данных, в Одесском регионе за период наблюдения ежегодно совершается в среднем 841 самоубийство, из них мужчинам принадлежит 82,3 %. Основная масса самоубийств

(почти 75 %) совершается в сельской местности, и только 25 % в г. Одессе. Соотношение самоубийств среди мужчин и женщин существенно различается в городе и в сельской местности: в урбанизированной среде число самоубийств среди мужчин в среднем превышает таковое среди женщин в 3,30 раза, а на селе — в 5,32 раза.

Рассмотрим индексы самоубийства в этом контингенте за тот же период (табл. 2).

Таблица 1

Общие количественные показатели самоубийств в Одесском регионе в 2000–2002 гг.

Год	В целом в Одесском регионе			В г. Одессе			В Одесской области		
	Всего	Мужчин	Женщин	Всего	Мужчин	Женщин	Всего	Мужчин	Женщин
2000	873	695	178	226	175	51	647	520	127
2001	796	669	127	205	157	48	591	512	79
2002	854	713	141	213	162	51	641	551	90
Среднее	841	692	149	216	165	50	626	527	99

Таблица 2

Уровень самоубийств (на 100 тыс. населения) в Одесском регионе в 2000–2002 гг.

Год	В целом в Одесском регионе			В г. Одессе			В Одесской области		
	Общий	Мужчины	Женщины	Общий	Мужчины	Женщины	Общий	Мужчины	Женщины
2000	35,40	60,23	13,57	21,99	36,47	9,30	44,99	77,14	16,62
2001	32,28	57,98	9,68	19,94	32,72	8,76	41,10	75,95	10,34
2002	34,63	61,79	10,75	20,72	33,76	9,30	44,57	81,74	11,78
Среднее	34,10	60,00	11,33	20,88	34,31	9,12	43,55	78,28	12,91

Как видно из табл. 2, уровень самоубийств в Одесском регионе несколько превышает средний по Украине. При этом в Одесской области общий показатель частоты самоубийств вдвое выше, чем в г. Одессе. Подтверждаются гендерные различия в суицидальном поведении в сельской и городской популяции: на селе соотношение мужчины/женщины составляет 6,06, в городе — 3,76. Обращает на себя внимание очень высокий уровень самоубийств среди мужчин в сельской местности, значительно превышающий средний по стране для этой категории (78,3 на 100 тыс. против 51,7, данные 2000 г.). Уровень самоубийств среди мужчин на селе в 2,3 раза выше, чем в городе. В то же время столь существенных различий индексов самоубийств у женщин в городе и на селе не наблюдается. Таким образом, социально-экономические различия между городом и селом в наибольшей степени сказываются на суицидальном поведении мужчин (занятость, возможность заработать, потребление алкоголя, доступность специализированной медицинской помощи).

Что касается различий между мужчинами и женщинами, то следует подчеркнуть, что столь высокое наблюдаемое гендерное соотношение является достаточно редким явлением. Во всем Западном мире оно колеблется в пределах 1,9–4,2 и редко (например, в Ирландии) превышает 5,0 [6]. Что же касается различий в урбанизированных и сельских популяциях, то наиболее общей тенденцией является более высокий уровень в городах, где традиционно высок уровень социального стресса и выше степень социальной изоляции, что предрасполагает к суицидальному по-

ведению. Лишь в некоторых странах, среди которых Российская Федерация, Китай и Украина, уровень суицидов в сельской местности выше, что вероятнее всего связано с социально-экономическими факторами.

Ввиду незначительного периода наблюдения (3 года) и слабовыраженных колебаний уровней из года в год какие-либо тенденции в плане изменений по годам нами не анализировались. В то же время, имеющиеся данные дают возможность заметить сезонность данного явления, которую целесообразно рассмотреть по региону в целом, также в гендерном аспекте (рис. 1).

Как видно из представленных данных, общей тенденцией является минимальная частота самоубийств в декабре — январе с выраженным подъемом в апреле, высокими значениями в течение лета и постепенным снижением к концу года. Такая закономерность характерна почти для всего Западного мира, во всяком случае, для регионов с выраженной широтной сезонностью [7]. Можно обратить внимание на повторяемость зависимости из года в год среди мужчин и более неоднородную картину среди женщин. Кроме того, у женщин более отчетливо выявляется второй сезонный подъем в октябре, который вероятнее всего обусловлен развитием сезонного аффективного расстройства. Последнее находится в соответствии с известной большей подверженностью женщин депрессии. Наблюдаемая сезонность завершенных суицидов совпадает с сезонностью суицидальных попыток, выявленной нами ранее [8].

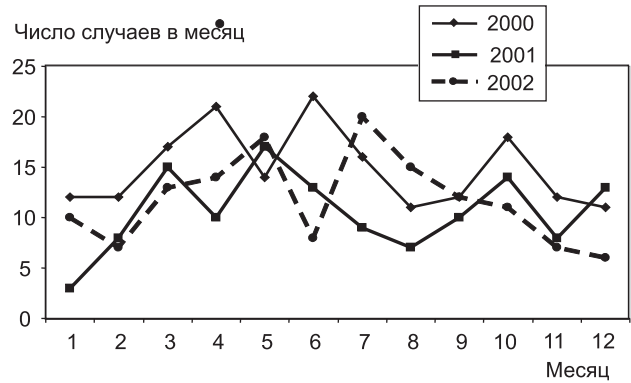
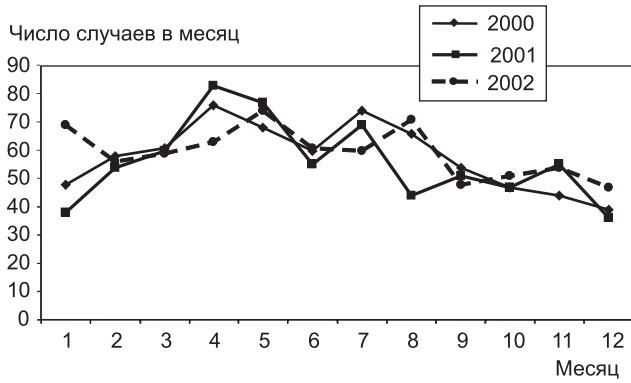


Рис. 1. Сезонные колебания частоты самоубийств среди городского и сельского населения мужчин (слева) и женщин (справа)

В плане выявления групп максимального риска представляет интерес половозрастная структура контингента самоубийц. При этом для получения более объективной картины важно сопоставить данные общего числа случаев среди мужчин и женщин, в селе и в городе, а также индексов, рассчитанных на 100 тыс. населения в каждой из перечисленных категорий.

Рассмотрим мужское население (рис. 2 и 3).

Если обратить внимание на число случаев, то выявляется, что, уже начиная с возрастной группы 20–24 года у мужчин среднее число суицидов в году достигает высокого уровня, однако максимум приходится на возрастную группу 45–49 лет (что соответствует периоду кризиса среднего возраста). В последующих возрастных группах наблюдается снижение суицидальной активности, и новый подъем имеет место уже в возрасте 70–74 года и более. В то же время, при рассмотрении индексов самоубийств в соответствующих возрастных группах

видно, что на самом деле максимальный уровень суицидальной активности наблюдается в возрастном периоде 70 лет и более, однако подъем в период 45–54 лет сохраняется. Следует отметить, что для большинства стран южной и центральной Европы характерной тенденцией является пологая кривая роста индексов самоубийства по мере увеличения возраста мужчин, без заметного подъема в период 45–49 лет. Лишь в некоторых странах Скандинавии имеется аналогичный, но менее выраженный подъем [6]. Мы обратили внимание на то, что такие возрастные особенности индексов присущи всему мужскому населению Украины [9], т. е. свидетельствуют об общей тенденции. Вероятно, в силу социально-экономических причин переживание мужской частью населения кризиса среднего возраста в Украине отягощено большей суицидальной активностью. Еще более ярко это видно при рассмотрении данных по сельской местности (рис. 3).

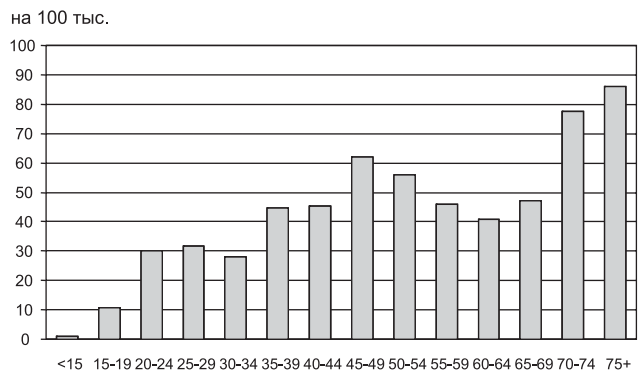
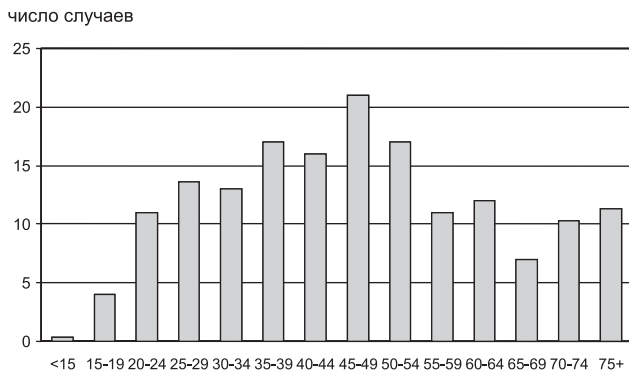


Рис. 2. Возрастная структура самоубийств среди мужчин в г. Одессе в случаях (слева) и на 100 тыс. соответствующих возрастных групп населения (справа)

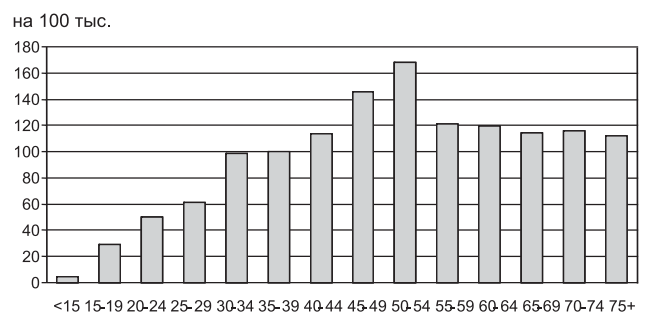
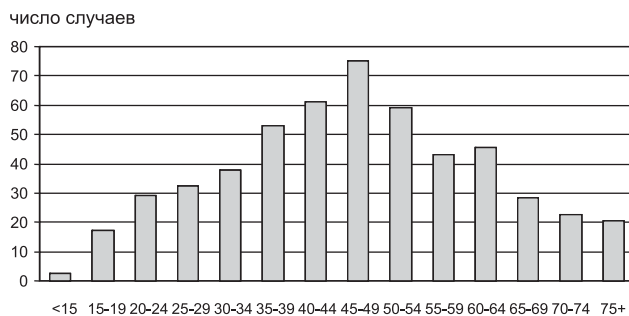


Рис. 3. Возрастная структура самоубийств среди мужчин в Одесской области в случаях (слева) и на 100 тыс. соответствующих возрастных групп населения (справа)

Как видно из рис. 3, на селе группа мужчин от 35 до 54 лет дает значительное число среднегодовых случаев самоубийств, в то же время, в отличие от городского населения, подъема числа самоубийств в возрасте более 70 не наблюдается. При анализе графика индексов вместо обычного подъема, начиная с 70 лет, выявляется примерно один и тот же уровень, в то же время максимум смещается в возрастную группу 50–54 года. Отсутствие подъема в возрасте 70 лет и более может быть связано с конкуренцией причин смерти в данной возрастной категории. Таким образом, среди мужского населения, особенно на селе, возрастная категория 45–54 года является группой исключительно высокого риска.

По-иному выглядит картина в женской популяции (рис 4). Как видно из рис. 4, женщины, проживающие в городе, имеют два слабо выраженных максимума суицидальной активности: в возрасте 20–29 лет (период фрустраций молодого возраста), 40–49 лет (кризис среднего возраста) и третий (основной) в возрасте 75 лет и более. Эта тенденция наблюдается как при представлении данных в случаях, так и на 100 тыс. населения соответствующих возрастных категорий, с тем лишь отличием, что последний максимум в индексах начинается уже с возраста 65–69 лет. Таким образом, важной группой риска среди женщин является пожилой возраст.

По-иному выглядит картина в сельской местности (рис. 5).

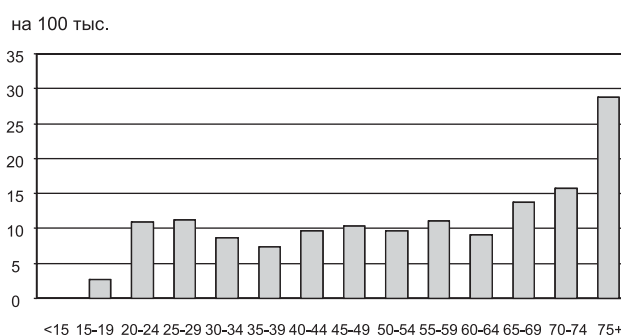
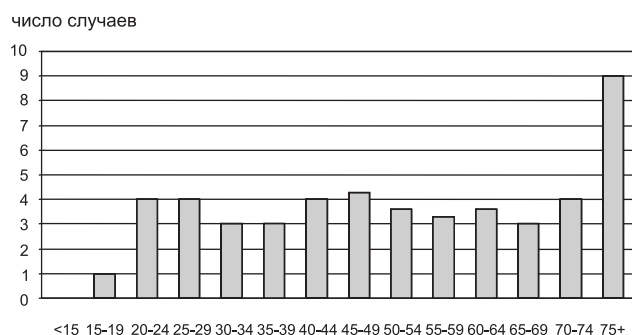


Рис 4. Возрастная структура самоубийств среди женщин в г. Одессе в случаях (слева) и на 100 тыс. соответствующих возрастных групп населения (справа)

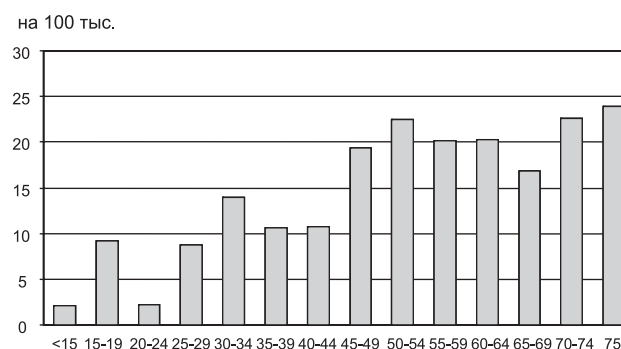
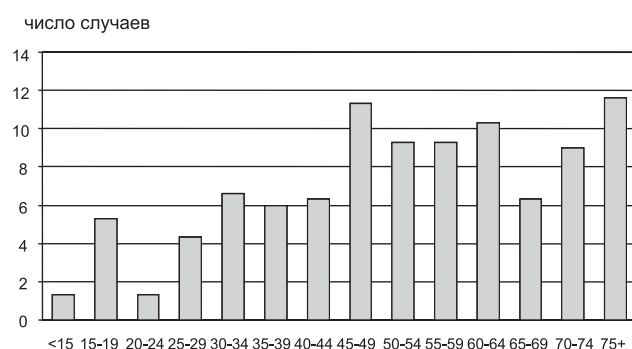


Рис 5. Возрастная структура самоубийств среди женщин в Одесской области в случаях (слева) и на 100 тыс. соответствующих возрастных групп населения (справа)

Как видно из представленных данных, на селе первый (и довольно значительный) максимум наблюдается у девушек-подростков в возрасте 15–19 лет (возможно, свой вклад вносят имитационно-кластерные самоубийства), следующий подъем имеет место в возрасте 30–34 года (что не характерно для городских женщин), далее значительный подъем отмечается, начиная с возраста 45–49 лет, после чего во всех возрастных категориях наблюдаются высокие значения суицидальности. Эта тенденция повторяется при представлении данных на 100 тыс. населения соответствующих возрастных категорий, с тем лишь отличием, что максимум «среднего возраста» смещается в возрастную категорию 50–59 лет. Таким образом, среди женщин на селе, как и среди мужчин, уровни самоубийств на 100 тыс. населения свидетельствуют о высокой и устойчивой суицидальности лиц всех возрастных категорий, начиная с 50–59 лет. Обращают

на себя внимание подъемы уровня самоубийств в возрастных группах 15–19 лет и 30–34 года, что абсолютно не характерно для городских женщин.

Завершая обсуждение половозрастных закономерностей, следует обратить отдельное внимание на самоубийства среди детей и подростков в возрасте до 15 лет. За указанные 3 года наблюдения всего по Одессе и Одесской области в этой возрастной категории было зарегистрировано 13 случаев самоубийств, минимальный возраст — 9 лет. По годам распределение случаев составило: в 2000 г. — 6, в 2001 г. — 3 и в 2002 г. — 4 случая. Таким образом, тенденция носит устойчивый характер, наблюдаемые суициды не являются случайными. Среди совершивших самоубийства в этом возрасте было 9 мальчиков и 4 девочки. Характерно, что все случаи произошли в сельской местности, все самоубийства совершены через повешение.

Анализ способов самоубийств среди населения Одесского региона выявил следующие закономерности.

Подавляющую массу (81,0 %) составляет повешение, далее в убывающем порядке следуют падения с высоты, огнестрельные ранения, самопорезы и т. д., соответственно диаграмме (рис. 6).

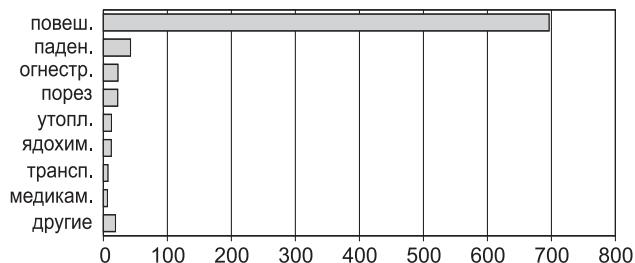


Рис 6. Способы самоубийств среди населения Одесской области и г. Одессы (суммарно мужчины и женщины, в среднем за 3 года)

В то же время имеются различия в способах самоубийств в городе и в сельской местности (рис. 7).



Рис 7. Методы самоубийств в городе и области (суммарно мужчины и женщины, в среднем за 3 года)

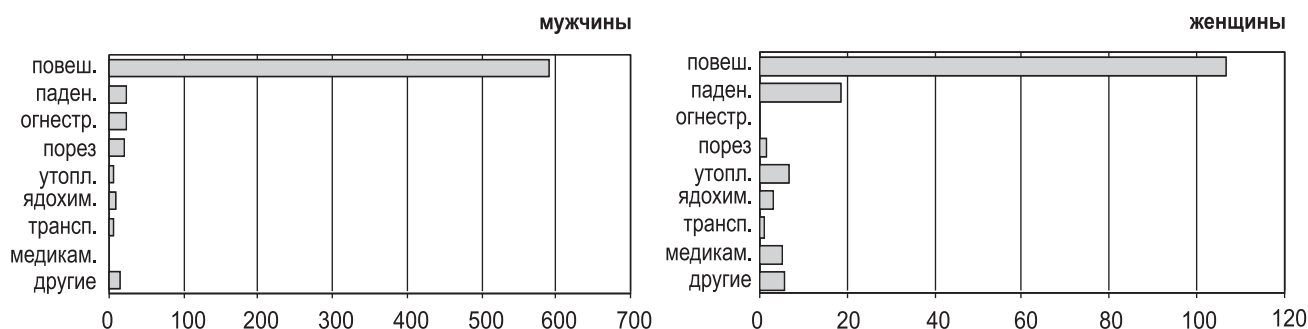


Рис 8. Методы самоубийств среди мужчин и женщин (суммарно в городе и области, в среднем за 3 года)

Приведенные тенденции и особенности самоповреждающего поведения во многом совпадают с результатами работы [5] и близки к закономерностям, характерным для западной цивилизации, с теми или иными особенностями, обусловленными культуральными и социально-экономическими специфическими чертами нашего общества. Среди этих особенностей особо следует подчеркнуть: 1) значительное преобладание мужских самоубийств над женскими; 2) различия между горо-

дом и селом, практически не имеющие аналогов в развитых странах; 3) подавляющее преобладание повешения среди методов самоубийств, как у мужчин, так и у женщин; 4) сравнительно низкий процент огнестрельных ранений, вероятно, обусловленный значительно меньшей доступностью огнестрельного оружия по сравнению со многими странами Западного мира (пожалуй, единственный положительный момент в контексте данного исследования).

В сельской местности самоповешение составляет 86,6 % всех случаев, в городе — 71,9 %. В городе значительно больше падений с высоты (14,95 % против 1,64 %), что вполне естественно, почти не встречаются за указанный период утопления, чаще встречаются самопорезы острыми и колющими предметами и медикаментозные отравления. В городе также большой процент составляют падения под движущийся транспорт и «другие методы», куда нами включены достаточно редкие диагнозы: отравления неизвестными ядами, кислотами, смерть от технического электричества и самосожжения.

Определенный интерес представляет сопоставление методов самоубийств у мужчин и женщин (рис. 8).

Как видно из представленных данных, среди женщин больший процент составляют падения с высоты (12,5 % против 3,4 %), утопления (4,5 % против 0,9 %), чаще встречаются различные отравления, особенно медикаментами. Среди женщин очень мало случаев огнестрельных ранений (менее 0,5 %, на диаграмме не представлено), в то время как среди мужчин они составляют 3,2 % всех случаев. Данная закономерность хорошо известна, поскольку мужчины чаще избирают более повреждающие методы.

Все эти тенденции имеют непосредственное отношение к разработке стратегии суицидальной превенции применительно к нашим условиям. На данном этапе развития в плане суицидальной превенции общепринятыми являются два основных подхода — улучшение качества медицинской (прежде всего психиатрической) помощи и повышение уровня общественного здоровья в целом [10, 11]. Первый подход является более или менее сфокусированным на определенных группах риска, в то время как второй предусматривает широкий круг мер, направленных на образование и просвещение среди различных слоев населения, социальное развитие, повышение благосостояния и благополучия населения, улучшение общего уровня развития здравоохранения, контроль над средствами суицида, внедрение рекомендаций для СМИ относительно распространения информации о самоубийствах. При этом необходимо учитывать, что самоубийство является многофакторным явлением и междисциплинарной проблемой, поэтому все авторы отмечают, что ответственность за превентивные меры не должна ложиться на плечи какого-либо одного ведомства, например здравоохранения, напротив, должны быть приняты меры для вовлечения в превенцию как можно большего числа структур и ведомств и координации их действий. Каждая страна выбирает свои приоритеты в данном контексте, однако стратегические направления остаются неизменными, а основой для принятия решений является владение ситуацией и ясное представление о масштабах проблемы и ее эпидемиологических характеристиках.

В настоящей работе мы выявили ряд тенденций, которые во многом совпадают с представленными в работе [5], выполненной на массиве данных о самоубийствах среди населения г. Харькова. Учитывая значительную неоднородность уровней самоубийств в различных регионах Украины (по данным статистики Западные области устойчиво демонстрируют в 2–2,5 раза более низкие уровни, чем Восточные, в то время как Центральные и Южные занимают промежуточное положение, но приближаются к Восточным [1, 12]), а также принимая во внимание роль социальных и медицинских факторов в региональном контексте, необходимо еще немало эпидемиологических

и социологических исследований для формирования более полной картины суицидального поведения в Украине. Это позволит более объективно подойти к формированию национальной стратегии суицидальной превенции.

Список литературы

1. Чуприков А. П., Пилягина Г. Я., Никифорок Р. И. Проблема суицидов в Украине // Международный медицинский журнал. — 1999. — Т. 29. — С. 52–56.
2. Kryzhanovskaya, L., Pilyagina G. Suicidal Behavior in the Ukraine // Crisis. — 1999; 24: 184–190.
3. Suicide Prevention in Europe. The WHO European monitoring survey on national suicide prevention programs and strategies. — WHO, 2002. — 24 p.
4. Мангуби В. А. Детская суицидальность: факты и пути преодоления // Вісник психічного здоров'я. — 1999. — № 4. — С. 41–44.
5. Волошин Н. В., Бачериков А. Н., Бровина Н. Н. и др. Завершенные самоубийства в городе Харькове (1999–2002 годы) // Український вісник психоневрології. — 2004. — Т. 12, вип. 4 (41). — С. 5–7.
6. Cantor C. H. Suicide in the Western World. — In.: The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide / Ed. by K. Hawton and K. van Heeringen. — Chichester, New York, etc.: J. Wiley and Sons, 2000. — P. 9–28.
7. Lester D., Yang B. Suicide and homicide in the twentieth century: changes over time. — Commack, NY: Nova Science. — 1998.
8. Розанов В. А., Таран А. В. Характеристика суицидального поведения в связи с факторами внешней среды (мониторинг суицидальных попыток в г. Одессе) // Матер. 7-й междисциплинарной конф. по биол. психиатрии «Стресс и поведение» (Москва, 26–28 февр. 2003). — 2003. — С. 97–98.
9. WHO web-site: http://www.who.int/mental_health/media/en/372.pdf
10. Wasserman D. Strategy in suicide prevention. — In.: Suicide — an Unnecessary Death (Ed. Danuta Wasserman). — London: Martin Dunitz, 2001. — P. 211–216.
11. Upanne M. Professional Paradigms of Suicide Prevention (Evolving a conceptual model). — Saarjarvi: Gummerus Printing, 2001. — 73 p.
12. Розанов В. А. Факторы внешней среды и суицидальное поведение человека (экологическая модель суицида) // Вестник Биологической психиатрии (электронный бюллетень Российского (РОБП) и Украинского общества биологической психиатрии (УОБП). — 2004, № 7. — С. 15–25 (<http://rus-neuroscience-soc.bm-science.com/>)

Надійшла до редакції 12.10.2005 р.

V. A. Rozanov, S. E. Zaharov, G. F. Krivda, L. A. Pirozhenko

Завершені самогубства в Одеському регіоні за період 2000–2002 рр.

*Інститут післядипломної освіти
Одеський національний університет ім. І. І. Мечникова,
Одеське обласне бюро судово-медичних експертиз,
Одеське обласне управління статистики (м. Одеса)*

Наведені статистичні дані про завершені самогубства серед населення Одеського регіону за період з 2000 по 2002 р. Проведено аналіз даних з урахуванням загальної кількості та рівнів на 100 тис. населення, в місті та у сільській місцевості, серед чоловіків та жінок та для різних вікових груп. Також висвітлені основні методи самогубств. Результати обговорюються з позицій того, як вони можуть бути використані для розробки основних положень національної стратегії суїцидальної превенції.

V. A. Rozanov, S. E. Zaharov, G. F. Krivda, L. A. Pirozhenko

Completed suicide in the Odesa region for the period of 2000–2002

*Institute of Postgraduate Education,
Odesa National Mechnikov University,
Odesa Regional Forensic Medicine Bureau,
Odesa Regional Statistics Office (Odesa)*

Statistical data on completed suicide are presented for the period of 2000–2002. Data are analyzed regarding general numbers and suicide rates, in men and women, in urban and rural area, for different age groups. Methods of completed suicide are also described. The necessity of developing a National Strategy of Suicide Prevention is discussed and how obtained data may help in identifying main risk groups and formulation of main goals of the National Strategy.