

**ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В
МНОГОПРОФИЛЬНЫЙ СТАЦИОНАР СКОРОЙ ПОМОЩИ С СОЧЕТАННОЙ
ТРАВМОЙ В РЕЗУЛЬТАТЕ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ**

Синенченко А.Г., Зиновьев С.В.

*Научно-исследовательский институт скорой помощи имени И.И. Джанелидзе,
Санкт-Петербург, Россия, andreysin2013@yandex.ru, тел. 384-46-10*

Резюме

Представлен анализ лечения пострадавших с сочетанной травмой в результате суицидального поведения, госпитализированных в многопрофильный стационар скорой помощи. Установлено, что среди пострадавших преобладали лица молодого возраста, страдающие психическими и поведенческими расстройствами в результате употребления алкоголя. У подавляющего большинства пострадавших диагностировалась травма 3 и более частей тела, с доминирующим поражением головного мозга и конечностей в результате суицида падением с высоты.

Ключевые слова

многопрофильный стационар, психические расстройства, суицид, сочетанная травма.

**CHARACTERISTICS OF PATIENTS HOSPITALIZED IN GENERAL HOSPITALS
AMBULANCE WITH COMBINED TRAUMA AS THE RESULT OF SUICIDAL BEHAVIOR**

Sinenchenko A.G., Zinovev S.V.

*Saint-Petersburg I.I. Dzhanelidze research institute of emergency medicine, Saint-
Petersburg, Russia, andreysin2013@yandex.ru, contact telephone 384-46-10*

The analysis of the treatment of patients with multisystem trauma as the result of suicidal behavior, hospitalized in General hospitals ambulance. It is established that among victims there was a preponderance of young persons with mental and behavioral disorders due to use of alcohol. The vast majority of victims were diagnosed with the injury of 3 or more parts of the body with predominant lesions of the brain and limbs as a result of suicide by fall from height.

Keywords

General hospital, mental disorders, suicide, polytrauma.

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время сочетанная травма, как причина смерти, занимает центральное место среди всех возрастных категорий, а для лиц моложе 50 лет она является самой распространенной [1]. В отдельных регионах РФ сохраняется тенденция к увеличению числа суицидальных попыток среди различных слоев населения [2,3]. По данным отечественных и зарубежных источников, большая часть завершенных суицидов осуществляется лицами, страдающими психическими и поведенческими расстройствами [4,5,6,7]. При этом есть определенная корреляция между выраженностью этих расстройств и тяжестью (брутальностью) выбранных способов совершения суицидальной попытки [8]. Таким образом, изучение пострадавших с сочетанной травмой в результате суицидального поведения на материалах многопрофильного стационара скорой помощи является актуальным.

Цель исследования: изучить структуру и особенности психических расстройств у пострадавших, госпитализированных в многопрофильный стационар скорой помощи с сочетанной травмой в результате суицидального поведения.

Для решения поставленной цели были сформулированы **задачи исследования:**

1. Проанализировать общую структуру психических расстройств у пострадавших с сочетанной травмой в результате суицидального поведения на основе материалов многопрофильного стационара скорой помощи.
2. Изучить особенности психических расстройств у пострадавших с сочетанной травмой в результате суицидального поведения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для исследования были отобраны 32 архивные истории болезни пострадавших в возрасте от 18 до 56 лет с сочетанной травмой в результате суицидального поведения, проходивших лечение в многопрофильном стационаре скорой помощи в 2015 г. Всем пострадавшим оказывалась помощь в отделении реанимации интенсивной терапии, с последующим переводом в соматопсихиатрическое отделение (СПО), где больные оканчивали свое лечение. Тяжесть повреждений оценивалось по шкале Injury Severity Score (ISS) [9]. Статистическая обработка материала производилась с помощью пакета прикладных программ для статистической обработки данных Statistica 6.0 for Windows 7 с использованием критерия Пирсона - χ^2 . Различия в группах сравнения считались статистически значимыми при $p \leq 0.05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Из всех пациентов, проходивших лечение в СПО за период 2015 г. (n=1368 чел.), пострадавшие с сочетанной травмой в результате суицидального поведения встречались в 2.3 % случаев (n=32 чел.). Проведенный статистический анализ показал, что в 71.8% случаев данные пострадавшие были мужчины (n=23 чел., $p \leq 0.05$) молодого возраста (от 26-35 лет) (50.1%, $p \leq 0.05$) (табл.1). Обращает на себя внимание социальный статус пациентов мужского пола, так, чаще, суицидальные попытки совершали лица, не имеющие постоянной работы (80.1%, $p \leq 0.05$), не создавшие семьи (92.1%, $p \leq 0.05$). Среди пострадавших женского пола (n=9 чел., 28.2%) такой тенденции не наблюдалось. Большинство пострадавших как женского, так и мужского пола не наблюдались у психиатра (72.3%, $p \leq 0.05$). В 36.3 % случаев, у пациентов, наблюдающихся у психиатра, настоящая суицидальная попытка расценивалась как повторная.

Таблица 1

Распределение пострадавших с сочетанной травмой в результате суицидального поведения по возрасту

Пострадавшие	Возрастной период (лет)								Всего, %	
	18-25		26-36		37-46		46 и >			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
мужчины	4	17.4	11	47.8	4	17.4	4	17.4	23	100
женщины	3	33.3	3	33.3	1	11.1	2	22.3	9	100

Распределение изучаемой группы пострадавших по месяцам года, показало, что интенсивнее больные поступали в многопрофильный стационар скорой помощи в течение мая и октября (21.8%, $p \leq 0.05$ и 28.1%, $p \leq 0.05$) и значительно реже в другие месяцы года. Причиной такого неравномерного помесечного распределения является сезонный характер течения ряда психических заболеваний, протекающих с депрессивной и бредовой симптоматикой [10].

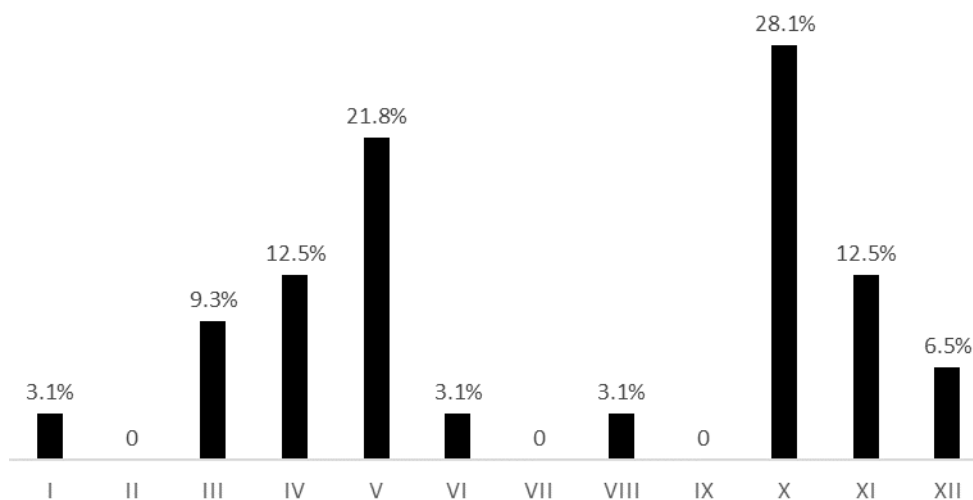


Рис. 1. Распределение частота встречаемости пострадавших с сочетанной травмой в результате суицидального поведения в течение 2015 г. (по месяцам) в %.

Структура психических расстройств у пострадавших с сочетанной травмой в результате суицидального поведения представлена в таблице 2.

Таблица 2

Структура психических расстройств у пострадавших с сочетанной травмой в результате суицидального поведения

№ п/п	Диагноз (МКБ-10)	Частота встречаемости в %
1	Шизофрения, бредовые расстройства всего, в том числе	31.4
	Шизофрения, параноидная форма	60
	Шизоаффективное расстройство, депрессивный тип	40
2	Аффективные расстройства настроения всего, в том числе	21.8
	Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод тяжелой депрессии	14.3
	Тяжелый депрессивный эпизод	85.7
3	Невротические связанные со стрессом расстройства всего, в том числе	12.4
	Пролонгированная депрессивная реакция	100
4	Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ всего, в том числе	34.4
	Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя	54.6
	Психические и поведенческие расстройства вследствие сочетанного употребления психоактивных веществ	45.4

ВСЕГО	100
-------	-----

Как видно из представленных в таблице 2 данных среди пострадавших сочетанной травмой в результате суицидального поведения большую часть составили больные с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления психоактивных веществ (ПАВ) (34.4%), шизофренией и бредовыми расстройствами (31.4%), аффективными расстройствами настроения (21.8%). Значительно реже выявлялись невротические расстройства, связанные со стрессом (12.4%). Необходимо отметить, что суицидальные попытки у больных, страдающих зависимостью от ПАВ, совершались, как правило в состоянии алкогольной абстиненции, протекающей с тоскливо-раздражительным аффектом, идеями самообвинения, на фоне переживания психотравмирующих ситуаций, связанных с конфликтом в сфере значимых потребностей. В процессе обследования данной категории больных обнаруживался эксплозивный вариант изменений личности. У пострадавших, страдающих шизофренией и бредовыми расстройствами клиническая картина содержала разнообразные продуктивные психопатологические синдромы (параноидные, депрессивно-параноидные), включающие конфликтогенные моменты. Мотивом самоубийств при параноидных состояниях явились переживания, обусловленные содержанием психоза: «угроза жизни», «несправедливого отношения», «страдания и несчастья». Для больных эти ситуации имели реальный характер и затрагивали глубинные витальные чувства. Суицидальные попытки совершались на фоне острого аффективного напряжения, кульминаций аффекта страха, тревоги, безысходности.

Суицидальное поведение больных, страдающих аффективными расстройствами настроения, напрямую было связано с выраженностью депрессивных переживаний, которые формировались на базе депрессивных аффектов тоски, тревоги и страха. Суицид, становился средством самонаказания, не оставляющего более никаких возможностей для дальнейшего существования. Вследствие этого суицидальные поступки носили импульсивный характер и отличались особой брутальностью. При невротических расстройствах, депрессивные переживания имели реактивный характер, возникали после воздействия на личность психотравмирующих ситуаций, часто связанных с разрывом значимых отношений с лицом противоположного пола или с конфликтными отношениями с родственниками, воспринимаемыми больным как несправедливое к себе отношение. По мере нарастания депрессивной симптоматики у больного формировалась стойкая

«суицидальная доминанта» с отрицательной оценкой своего прошлого, настоящего и будущего, чувством бесперспективности, мыслями о самоубийстве, носящими сверхценный характер, воспринимаемыми больным как единственный выход из ситуации.

Частота повреждений отдельных частей тела у пострадавших с сочетанной травмой в результате суицидальной попытки представлена в таблице 3.

Таблица 3

Частота повреждений отдельных частей тела у пострадавших с сочетанной травмой в результате суицидальной попытки по шкале Injury Severity Score.

№ п/п	Часть тела	Частота встречаемости (в %)	Оценка по шкале ISS (в баллах)
1	Голова и шея	92.3	4.19±0.1
2	Лицо	78.1	1.32±0.02
3	Грудь	59.3	1.93±0.01
4	Живот	11.1	3.86±0.2
5	Конечности в том, числе таз и позвоночник	93.7	4.64±0.2
6	Наружные покровы	52.3	0.12±0.01
7	Травма 2 частей тела	17.3	-
8	Травма 3 частей тела и более	82.7	-

Из представленных данных видно, что в 82.7% ($p \leq 0.05$) случаев у пострадавших имела травма 3 и более частей тела, у подавляющего большинства диагностировалась травма головы и конечностей (92.3% $p \leq 0.05$ и 93.7% $p \leq 0.05$, соответственно). На втором месте находятся повреждения лица и груди, на третьем – наружных покровов. Травма головы оказывалась тяжелой в 58.9 % и сопровождалась сдавлением головного мозга в результате формирования гематом. Травма живота с повреждением паренхиматозных органов диагностировалась в 11.5% случаев. Травма костей таза, наблюдалась у каждого третьего пострадавшего. Обращает на себя внимание, тот факт, что травмы головы, конечностей, таза и позвоночника являлись тяжелыми, представляющими угрозу для жизни пациента (средний балл по шкале ISS 4.19±0.1 и 4.64±0.2 соответственно). При поступлении тяжесть травматического шока соответствовала III степени у 69.3% пациентов.

Сочетанные травмы чаще возникали в результате суицида способом падения с высоты (68.7%, $p \leq 0.05$), реже способом падения под движущийся транспорт (18.75%) и значительно реже в результате нанесения повреждений острым предметом (12.5%). При этом, неблагоприятный прогноз представляли сочетанные травмы в результате суицида

падением с высоты с ушибом головного мозга тяжелой степени, тяжелым повреждением конечностей и позвоночника, возникающие у лиц в возрасте 36 лет и старше, злоупотребляющих алкоголем. В результате такого рода повреждений средние сроки лечения составили 57.5 ± 3.6 дней, в 20% случаев, несмотря на проводимую терапию, окончились летально и в 80% случаев приводили к грубым интеллектуально-мнестическим нарушениям.

ВЫВОДЫ

1. Среди пациентов с сочетанной травмой, обусловленной суицидальным поведением преобладают лица молодого возраста, страдающие психическими и поведенческими расстройствами в результате употребления алкоголя.
2. У подавляющего большинства пострадавших с сочетанной травмой в результате суицида диагностировалась травма 3 и более частей тела, с доминирующим поражением головного мозга и конечностей.
3. Прогностически неблагоприятными по течению и исходам явились травмы в результате суицида падением с высоты с ушибом головного мозга тяжелой степени, тяжелым повреждением конечностей, у лиц, злоупотребляющих алкоголем, в возрасте 36 лет и старше.
4. Данные настоящего исследования указывают на необходимость превентивной работы с лицами молодого возраста с психическими и поведенческими расстройствами в результате употребления алкоголя.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шапот Ю.Б. Сочетанная травма / Ю.Б. Шапот, А.Н. Тулупов, Г.М. Бесаев, И.В. Куршакова, В.Л. Карташкин, Ю.М. Михайлов, С.Ф. Багненко // Скорая медицинская помощь. - 2007. Т. 8. №2. - С. 56-74.
2. Нечипоренко В.В. Суицидология: вопросы клиники, диагностики и профилактики / В.В. Нечипоренко, В.К. Шамрей. – СПб, 2007. – 528 с.
3. Кошкина Е.А. Основные тенденции учтенной заболеваемости наркологических расстройств в Российской Федерации в 2006 г. / Е.А. Кошкина, В.В. Киржанова // Вопросы наркологии. - 2007. - № 6. - С. 54- 55.
4. Цыганков Б.Д. Суициды и суицидальные попытки / Б.Д. Цыганков, С.В. Ваулин. – Смоленск, 2012. – 319 с.

5. Alterman, A.I. Diagnostic validation of conjoint schizophrenia and alcoholism. / A.I. Alterman, F.R. Ayre, W. Williford // Journal of Clinical Psychiatry. - 1984. - V. 45. - P. 300 – 303.
6. Baldessarini, R.J., Pompili M., Tondo L. Suicide in bipolar disorder: Risks and management / R.J. Baldessarini, M. Pompili, L. Tondo // CNS Spectral. – 2006. – V. 11. – P. 466–471.
7. Berglund, M. Mortality in alcoholics related to clinical state at first admission. A study of 537 death / M. Berglund // Acta Psychiatrica Scandinavica. - 1984. - V. 70. - P. 407 - 416.
8. Costen, T.R. Substance abuse and schizophrenia: Editor's introduction / T.R. Costen, D.M. Ziedouis // Schizophrenia Bulletin. - 1997. - V. 23. - P. 181 - 186.
9. Baker S.P. The Injury Severity Score: A method for describing patient with multiple injuries and evaluating emergency care/ S.P. Baker, B. O'Neill, V. Haddon //J. Trauma. – 2003. – V.35. – P. 497-500.
10. Давтян С.Э. Ранние стадии развития рецидивов шизофрении (клинико-патогенетические аспекты) / С.Э.Давтян. - Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - СПб, 1991. - 23 с.