

26. Подкорытов В. С. Проблема депрессий в общесоматической практике // Архив психиатрии. — 2003, т. 9, № 1. — С. 69—71.
 27. Серцево-судинні захворювання: Методичні рекомендації з діагностики та лікування / За ред. В. М. Коваленка, М. І. Лутая. — К.: Здоров'я України, 2005. — 542 с.
 28. Смулевич А. Б., Сыркин А. Л., Дробижев М. Ю. и др. Психосоматические реакции, коморбидные ишемической болезни сердца: психогенно провоцированные инфаркты и ишемии миокарда // Журнал неврологии и психиатрии. — 2004, № 3. — С. 13—20.
 29. Ушакова Е. А., Ушакова А. В. Эффективность и безопасность антидепрессантов у кардиологических больных // Практична ангіологія. — 2006, № 3 (04). — С. 28—32.
 30. Шпак Л. В. Нервно-психическое состояние и его роль в формировании адаптационно-компенсаторных реакций у больных инфарктом миокарда // Там же. — 1990, № 7. — С. 59—63.
 31. Barefoot J. C., Schroll M. Symptoms of depression, acute myocardial infarction, and total mortality in a community sample // Circulation. — 1996; 93: 1976—1980.

32. Hackett M. L., Yapa C, Parag V. et al. Frequency of depression after stroke. A systematic review of observational studies // Stroke. — 2005. — Vol. 36. — P. 1330—1340.
 33. Jiang W., Alexander J., Christopher E., et al. Relationship of depression to increased risk of mortality and rehospitalization in patients with congestive heart failure // Arch. Intern. Med. — 2001; 161: 1849—56.
 34. Morris P. L., Shields R. E., Hopwood M. J. et al. Are there two depressive syndromes after stroke? // J. Nerv. Ment. Dis. — 1994; 182: 230—234.
 35. Paolucci S., Antonucci G., Protest L. et al. Poststroke depression and its role in rehabilitation of inpatients // Arch. Phys. Med. Rehabil. — 1999; 80: 9: 985—990.
 36. Tateno A., Kimura M., Robinson R. G. Phenomenological characteristics of poststroke depression: early-versus late-onset // Am. J. Geriatr. Psychiat. — 2002; 10: 5: 575—582.

Надійшла до редакції 15.04.2009 р.

В. Б. Михайлов

Емоційні порушення у осіб, що перенесли інфаркт міокарда та мозковий інсульт

Харківський національний медичний університет (м. Харків)

На основі аналізу літературних даних показана висока представленість психоемоційних порушень у осіб з інфарктом міокарда та мозковим інсультом. Ці порушення відіграють значну роль в зростанні таких показників, як смертність та інвалідність, а також мають значний вплив на процеси реабілітації та якість життя хворих, що перенесли гострі судинні катастрофи. Незважаючи на численні описи клініки психопатологічних порушень, вони характеризуються, з одного боку, фрагментарністю одержаних даних, з іншого, загальними уявленнями про об'єкт обстеження. Автори переважно надають увагу одному, на їх думку, провідному психопатологічному синдрому. Питання систематизації, послідовного вивчення динаміки клінічної психопатологічної феноменології на тому ж самому контингенті хворих з позицій єдиного патологічного процесу, визначення провідних патогенетичних механізмів, що лежать в основі клінічних проявів, залишаються багато в чому відкритими.

V. B. Mykhalov

Emotional disorders at cardiac infarction and cerebral stroke patients

Kharkiv National Medical University (Kharkiv)

Based on the analysis of literature data shows high amount psycho-emotional disturbances in people with myocardial infarction and cerebral stroke. These disorders play a significant role in the growth indicators such as mortality and disability, and have considerable influence on the processes of rehabilitation and quality of life of patients who experienced acute vascular accident. Despite numerous descriptions of clinic psychopathological violations, they are characterized on the one side, by fragmentary of findings, with other, by the common picture of object of inspection. Authors mainly spare attention, to one leading emotional syndrome. Question of systematization, successive study of dynamics of clinical psychopathological phenomenon on the same contingent of patients from positions of unique pathological process, determination of leading pathogenetic mechanisms, that lie in basis of clinical displays remain in a great deal opened.

УДК 616.895.8-008.441.44/.45: 316.47

*І. Г. Мудренко, канд. мед. наук, лікар-психіатр
 Сумський обласний психоневрологічний диспансер (м. Суми)*

АНАЛІЗ СУЇЦИДІВ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ СУМСЬКОЇ ОБЛАСТІ У 2004—2008 РОКАХ

Актуальність досліджуваної теми та її медико-соціальна значущість пов'язані з високим рівнем суїцидальної активності у світі і в Україні. За статистичними даними в Україні реєструється високий рівень самогубств (більше 20 випадків на 100 тис. населення). Кількість суїцидів у різних регіонах країни відрізняється, найменший рівень суїцидальної активності в Західних областях України (до 10 на 100 тис. населення), у Львівській області цей показник мінімальний. До регіонів з середнім рівнем частоти самогубств (від 10 до 20 випадків на 100 тис. населення) належать Чернівецька, Тернопільська, Івано-Франківська, Рівненська та Закарпатська області. Інші області мають високий рівень смертності від завершених самогубств (більше 20 випадків на 100 тис. населення) [1—3]. Кількість суїцидів у Сумській області є однією з найвищих серед інших регіонів України, так у 2004—2008 рр. смертність від навмисних самогубств у Сумському регіоні складала 31,4—39,8 на 100 тис. населення.

Низький рівень самогубств на заході країни пояснюється сильними релігійними традиціями, міцними

інституціями сім'ї та шлюбу, більшою готовністю населення до економічних змін, через близькість західних кордонів. Високий рівень суїцидів у нашій області можливо пояснити слабкими релігійними та сімейними традиціями, високим відсотком розлучень, алкоголізацією, безробіттям, низьким рівнем освіти та загальної поінформованості сільського населення, та меншою готовністю громадян до соціально-економічних змін у країні.

Таким чином, є необхідність у детальному вивченні гендерних, вікових, демографічних та інших особливостей суїцидальної активності населення Сумської області та аналізі завершених суїцидів серед психічнохворих, тому що відомо, що 10 % душевнохворих йдуть з життя добровільно, а психічне захворювання є важливим предиктором суїцидальної поведінки [2—5].

Метою дослідження є поглиблений аналіз суїцидів серед населення області у порівнянні з загальнодержавними показниками, в тому числі серед психічнохворих, та надання рекомендацій щодо психопрофілактики цього явища.

На підставі даних офіційної статистики (обласного статистичного управління Сумської області) проведено: збирання інформації про завершені самогубства у 2004—2008 рр.; вивчено гендерні, демографічні, вікові особливості суїцидів серед населення області; надані рекомендації щодо психопрофілактики завершених самогубств.

Для оброблення матеріалу використовувались методи варіаційної статистики.

У результаті оброблення статистичних даних виділено такі особливості.

Загальною тенденцією є щорічне зменшення рівня суїцидів, як в цілому у країні, так і по Сумській області (рис. 1). Але кількість суїцидів у Сумській області є однією з найвищих серед інших регіонів України, гірше становище лише у Чернігівській області.

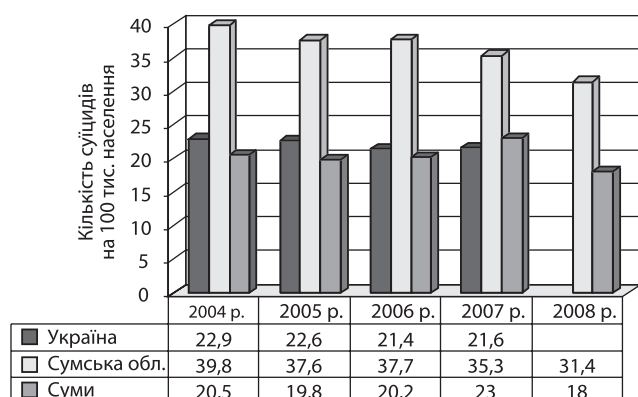


Рис. 1. Розповсюдженість завершених самогубств в популяції на протязі 2004—2008 років

За даними обласного статистичного управління в 2004 році у області було скоєно 501 самогубство, в 2005 та 2006 роках — 461 самогубство, в 2007 році — 422, в 2008 році — 374. В цілому у порівнянні з 2004 роком за наступні 5 років кількість суїцидів зменшилась на 27,26 %.

Кількість самогубств у м. Суми на протязі 2004—2008 років була декілька нижчою, ніж по країні, окрім 2007 року коли рівень суїцидів у м. Суми перевищив загальноукраїнські показники (23 на 100 тис. населення, порівняно з 21,6 на 100 тис. населення по країні).

Середній рівень самогубств серед населення м. Суми (18—23 на 100 тис. населення), в порівнянні з високим по області пояснюється функціонуванням у обласному центрі суїцидологічного центру, кризового стаціонару, роботою психотерапевтів у загальнолікарняній мережі, роботою соціальних служб, доступністю надання психіатричної допомоги та соціально-економічними чинниками: меншим рівнем безробіття та алкоголізації, ніж у сільській місцевості.

Під час аналізу віку самогубців, встановлено (табл. 1), що суїцидальна активність мінімальна у віковій групі до 14 років, що пов'язано з відсутністю сформованих уявлень у дітей про смерть, потім частота завершених самогубств стрімко зростає: у віці 30—39 років покінуло життя самогубством 16,3 % суїцидентів у 2006 році, у 2007 році — 14,2 %; у віці 40—49 років — 23,6 % у 2006 році та відповідно 17,5 % у 2007 році. Звертає на себе увагу велика кількість суїцидів серед літніх людей — 28,9 % від загальної кількості самогубців у 2006 році і 28,7 % у 2007 році, що пов'язано з соматичною патологією, самотністю та низьким матеріальним становищем пенсіонерів. У працездатному віці добровільно пішло з життя 317 осіб (68,8 %) суїцидентів у 2006 році, та 293 особи (69,4 %) у 2007 році.

Аналіз гендерного розподілу показав (див. табл. 1.), що загальною тенденцією є перевага серед суїцидентів чоловіків, до речі чоловіки скоювали за минулий період навмисні самопошкодження з летальним виходом у середньому у 5 разів частіше за жінок. У окремих вікових групах різниця у частоті суїцидів серед чоловіків і жінок досягає 8:1. У 2007 році питома вага чоловіків-суїцидентів у віковій групі 20—29 років склала 8,1:1, 30—39 років — 7,5:1, 40—49 років — 7,2:1, найбільша кількість самогубців серед чоловіків 50—59 років (24:1), але після 60 років співвідношення чоловіки/жінки мінімальне — 2,1:1.

Предикторами суїцидальної поведінки є наявність алкоголізму та/або психічного захворювання. Вивчення висновків судової — патологоанатомічної експертизи встановило, що у стані алкогольного сп'яніння від навмисних самоушкоджень померло 13 осіб (2,82 %) у 2006 році та 14 осіб (3,22 %) у 2007 році, з них лише в одному випадку жінка. Наведені цифри викликають сумнів, тому що в попередні роки алкогольне сп'яніння часто не вказувалось з метою отримання пенсії по втраті годувальника дітьми померлого. Також відомо, що деяка частина осіб вкоротили собі віку під час алкогольних психозів, але у цей момент фактично фіксується стан тверезості.

Таблиця 1

Розподіл суїцидентів за віком та статтю в 2006—2007 роках у Сумській області

Вік, років	2006				2007			
	чоловіки		жінки		чоловіки		жінки	
	абс. кільк.	%	абс. кільк.	%	абс. кільк.	%	абс. кільк.	%
Усього	384	83,3 ± 1,74	77	16,7 ± 1,74	352	83,4 ± 1,81	70	16,6 ± 1,81
10—14	1	0,22 ± 0,22	0	0 ± 0	3	0,71 ± 0,41	0	0 ± 0
15—19	6	1,3 ± 0,53	2	0,43 ± 0,31	11	2,61 ± 0,78	5	1,18 ± 0,53
20—29	51	11,1 ± 1,46	4	0,83 ± 0,43	65	15,4 ± 1,76	8	1,9 ± 0,66
30—39	67	14,5 ± 1,64	8	1,74 ± 0,61	53	12,6 ± 1,62	7	1,66 ± 0,62
40—49	97	21 ± 1,69	12	2,6 ± 0,74	65	15,4 ± 1,76	9	2,13 ± 0,77
50—59	67	14,5 ± 1,64	13	2,82 ± 0,77	72	17,1 ± 1,83	3	0,71 ± 0,41
Більш 60	95	20,6 ± 1,89	38	8,24 ± 1,28	83	19,7 ± 1,94	38	9 ± 1,4
Разом	N = 461				N = 422			

Таблиця 2

Розповсюдженість завершених самогубств серед психічнохворих у 2006—2008 роках

Назва району	Кількість суїцидів		
	2006 рік	2007 рік	2008 рік
Конотопський	3	5	1
Охтирський	3	3	—
Краснопільський	1	—	—
Білопільський	—	2	—
Сумський	—	2	1

Аналіз частоти суїцидів серед сільського та міського населення Сумської області встановив, що їхня кількість серед сільських мешканців вища, ніж серед міських, що пояснюється вищим рівнем алкоголізації серед сільського населення, важкими умовами життя, безробіттям (рис. 2).

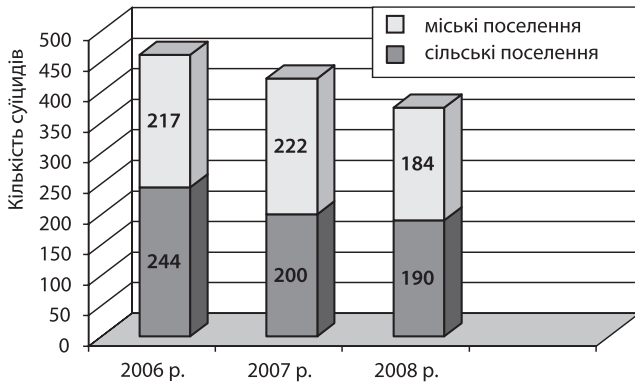


Рис. 2. Розповсюдженість суїцидів серед міських та сільських мешканців Сумської області

Але, як виняток, у 2007 році кількість рівня самогубств у містах був вищий, ніж у сільській місцевості.

Нами проведено детальний аналіз завершених суїцидів серед психічнохворих по області. Так у 2006 році 7 хворих на психічні розлади добровільно пішли з життя, у 2007 році — 12, у 2008 році — 4.

У табл. 2 відображено смертність від навмисних самопошкоджень серед осіб, які страждають на психічні розлади. Так, летальність від завершених самогубств серед психічнохворих склала 1,5 % від загальної кількості суїцидів

у 2006 році, 2,84 % — у 2007 році, 1,06 % — у 2008 році. Найвищий рівень самогубств серед психічнохворих Конотопського, Сумського та Охтирського районів.

Слід зазначити, що у двох випадках хворі скоїли аутоагресивні акти під час перебування у психіатричному стаціонарі, два хворих покінчили життя майже одразу після виписки із стаціонару, тому слід звертати увагу на вираженість побічних екстрапірамідних проявів, повноту редукції, психопатологічної симптоматики, відновлення критики, стабілізацію настрою, здатність самостійно відреагувати негативні емоції після виписки з психіатричного стаціонару та призначати адекватну протирецидивну терапію. Як спосіб самогубства найчастіше психічнохворі використовували самоповішення, на другому місці за частотою — навмисне самоотруєння та нанесення порізів в області магистральних судин.

На протязі підзвітного періоду, як видно з табл. 3, розповсюдженість суїцидальної поведінки у різних районах області значно перевищує показники смертності від самогубств у м. Суми та обласні. Найбільший рівень суїцидальної активності на протязі 2004—2008 років

Таблиця 3

Кількість суїцидів по Сумській області за період 2004—2008 рр.

Роки	2004		2005		2006		2007		2008
	абс.	на 100 тис.	абс.	на 100 тис.	абс.	на 100 тис.	абс.	на 100 тис.	
Білопільський	25	42,3	20	34,9	27	47,1	29	52,3	—
Буринський	14	40,3	16	49,1	19	58,6	17	56,3	—
В. Писарівський	11	42,7	14	58,4	7	29,3	9	40,2	—
Глуховський	35	53,1	23	35,8	20	31,2	21	33,7	—
Конотопський	47	35,4	47	36,1	46	35,4	52	40,7	—
Краснопільський	22	66,6	30	94,1	18	56,6	14	45,2	—
Кролевецький	22	48,8	17	39	16	36,8	13	30,9	—
Лебединський	27	49,2	23	43,7	22	41,8	24	47,6	—
Л. Долинський	18	78,5	13	58,6	12	54,2	6	27,8	—
Недригайлівський	15	50,0	15	51,9	16	55,5	8	28,9	—
Охтирський	36	45,0	32	40,7	34	43,3	27	34,7	—
Путівльський	19	57,1	12	37,5	11	34,4	13	41,9	—
Роменський	40	43,3	44	49,7	42	47,5	37	43,6	—
С. Будський	10	49,9	9	47	10	52,4	10	54,1	—
Сумський	26	41,1	28	44,3	30	47,5	15	23,7	—
Тростянецький	24	58,7	17	42,8	23	57,9	22	56,6	—
Шосткинський	33	30,3	29	27,1	38	35,6	29	27,7	—
Ямпільський	18	61,4	16	56,8	12	42,7	12	42,2	—
м. Суми	59	20,5	56	19,8	57	20,2	64	23,0	18,0
По області	501	39,8	461	37,6	461	37,7	422	35,3	31,4
Україна		22,9		22,6		21,4		21,6	—

Примітка. Жирним шрифтом виділено райони з найвищим рівнем самогубств

zareєстровано серед населення Краснопільського району в 2005 році (94,1 на 100 тис. населення). Стабільно високий рівень суїцидів (більше 40 випадків на 100 тис. населення) реєструється у північних районах Сумської області (Ямпільському, С. Будському, Буринському). Зазвичай високі показники у Лебединському, Роменському та Тростянецькому районах області. У місті Суми розповсюдженість самогубств знаходиться на республіканському рівні. В цілому простежується позитивна динаміка, неухильно зменшується смертність внаслідок навмисних самопошкоджень, як у країні, так і зокрема в області.

Загальними принципами заходів, спрямованих на зменшення рівня суїцидів серед психічнохворих є:

1. *Первинна профілактика суїцидів* — попередження народження дітей з психічними розладами шляхом раціонального планування сім'ї та медико-генетичного консультування перед одруженням та дітонародженням.

2. *Вторинна профілактика суїцидів* — рання діагностика та ліквідація суїцидонебезпечних станів серед хворих лікарями амбулаторної служби, суїцидологічного центру, організації «телефон довіри», психотерапевтами загальнолікарняної мережі; раннє виявлення суїцидальних намірів серед хворих, які перебувають на лікуванні в психіатричних стаціонарах (спостереження медичних сестер, санітарів відділень, суїцидальні висловлювання під час бесід з лікарем; відомості від родичів); діагностика та лікування станів з високим ризиком суїцидальної поведінки (галюцинаторно-маревна симптоматика; стан психомоторного збудження та психоемоційної напруги; маячні ідеї самоприниження та малоцінності; депресивний, пригнічений настрій; синдром Кандинського — Клерамбо) [6—8].

3. *Третинна психопрофілактика суїцидальної поведінки* — проведення психопрофілактичної роботи щодо запобігання повторних суїцидів (протирецидивна терапія); саносвітня робота серед медичних працівників та населення області з метою всебічного висвітлення ранніх ознак суїцидальної поведінки та шляхів запобігання її реалізації.

Отримані результати дозволяють зробити такі висновки.

1. Сумська область посідає одне з перших місць в Україні за кількістю суїцидів. На протязі 2004—2008 років кількість суїцидів зменшилася на 27,26 %, але за класифікацією ВОЗ показник залишається високим (більше ніж 20 випадків на 100 тис. населення).

2. У місті Суми рівень самогубств серед населення нижчий ніж по області. На протязі 2004—2008 років показник був у межах 18—23 на 100 тис. населення з динамікою до зменшення.

3. Найвищий рівень самогубств по області — серед населення Краснопільського району, в середньому 65 випадків на 100 тис. населення. Стабільно високий рівень суїцидів (більше 40 на 100 тис. населення) реєструється на протязі 2004—2007 років в Ямпільському, Тростянецькому, С. Будському, Лебединському, Роменському та Краснопільському районах Сумської області.

4. Летальність від завершених самогубств серед психічнохворих склала 1,5 % від загальної кількості суїцидів у 2006 році, 2,84 % — у 2007 році, 1,06 % — у 2008 році.

5. Чоловіки у 5 разів частіше добровільно йшли з життя на протязі досліджуваного періоду, у порівнянні з жінками, найбільше суїцидентів серед осіб працездатного віку.

6. Предиспозиційними чинниками щодо скоєння суїцидів є чоловіча стать, працездатний вік, проживання

в сільській місцевості, наявність алкоголізму та/ або психічного захворювання.

7. Для адекватної превенції суїцидів у рамках міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації» у області необхідно укомплектувати посадами лікарів-психотерапевтів та медичних психологів ЦРЛ області та ЛПЗ м. Сум та вирішити питання про підготовку фахівців — медичних психологів.

Список літератури

1. Юрьева Л. Н. Суицидологическая ситуация в Украине: реалии и перспективы // Украинский вестник психоневрологии. — 2007. — Том 15, вип. 1 (50). — С. 34—36.
2. Амбрумова А. Г. Теоретико-методологические и организационные проблемы суицидальной превенции // Проблемы профилактики и реабилитации в суицидологии — М, 1984. — С. 8—26.
3. Чуприков А. П., Пилягина Г. Я. К вопросу о необходимости организации суицидологической службы в Украине // Украинский вестник психоневрологии. — 2002. — Т. 10, № 2(31). — С. 154—157.
4. Юрьева Л. Н. Клиническая суицидология: Монография. — Днепропетровск: Пороги, 2006. — 472 с.
5. Волошин П. В., Бачериков А. Н. и др. Завершенные самоубийства в городе Харькове (1999—2002 годы) // Украинский вестник психоневрологии. — 2004. — Т. 12, вип. 4(41). — С. 5—7.
6. Бачериков А. М., Мудренко І. Г. Аутоагрессивна поведінка у хворих з першим психотичним епізодом (діагностика, клініка, лікування) // Там само. — 2007. — Т. 15, вип. 3 (52). — С. 30—33.
7. Особенности формирования и превенции суицидального поведения в закрытых коллективах / В. С. Битенский, В. А. Пахмурный, А. А. Олешко и др. // Вестник психиатрии та психофармакотерапии. — Одеса. — 1999. — № 3. — С. 22—25.
8. Гичун В. С. Аутоагрессивное поведение у военнослужащих внутренних войск МВД Украины (причины, механизмы, психопатологические предикторы, профилактика): Дис... д-ра мед. наук. — Х., 2007. — 310.

Надійшла до редакції 02.04.2009 р.

І. Г. Мудренко

Анализ суицидов среди населения Сумской области в 2004—2008 годах

Сумской областной психоневрологический диспансер

В статье представлен анализ суицидальной активности населения Сумской области в 2004—2008 годах. Выявлена устойчивая тенденция к уменьшению количества самоубийств в области. Большинство суицидентов (около 70 %) ушло из жизни в трудоспособном возрасте, причем мужчины в среднем в 5 раз чаще совершали самоубийства, чем женщины. Определены группы риска и факторы, предрасполагающие к суицидальному поведению (проживание в сельской местности, мужской пол, трудоспособный возраст, наличие алкоголизма и/или психического заболевания). В статье сформулированы практические рекомендации по первичной, вторичной, третичной психопрофилактике умышленных самоубийств.

І. Г. Мудренко

Analysis of average suicidal cases in Sumy region between 2004—2008 years

Sumy regional psychoneurological hospital

In the article is the analysis of suicidal activity within people in Sumy region between 2004—2008. We have a stable tendency of region of suicidal cases in our region. Many of suicidal patients (about 70 %) passed away at their working ages? The occurrence is 5 times more in males in females. Specific risk factors of suicidal behaviors are: residents of the rural areas, chronic alcoholism, male gender, working age, mental diseases. The article is formed by the first, second and third recommendation of psychoprophylactic reduction of suicide.