

УДК: 616.89-008.441.44-055.1-055.2-036.22 (477.54)

І. В. Лінський, А. М. Бачериков, Р. В. Лакинський, Е. Г. Матузок, Т. В. Ткаченко, Л. М. Сітенко
ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ЗАВЕРШЕНИХ СУІЦИДАЛЬНИХ СПРОБ В м. ХАРКОВІ (2008—2011 рр.)

И. В. Линский, А. Н. Бачериков, Р. В. Лакинский, Э. Г. Матузок, Т. В. Ткаченко, Л. М. Ситенко
ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАВЕРШЁННЫХ СУИЦИДАЛЬНЫХ
ПОПЫТОК В г. ХАРЬКОВЕ (2008—2011 гг.)

I. V. Linskiy, A. N. Bacherykov, R. V. Lakynskiy, E. G. Matuzok, T. V. Tkachenko, L. N. Sitenko
GENDER FEATURES OF COMPLETED SUICIDE ATTEMPTS IN KHARKIV (2008—2011)

Мета роботи — визначення епідеміологічних характеристик факторів скоєння завершених суїцидальних спроб у мешканців м. Харкова задля подальшої оцінки можливостей прогнозування наслідків суїцидальної активності. Оброблено дані про 809 випадків завершених суїцидальних спроб, моніторинг здійснювався згідно з протоколами розтинів Харківського Обласного бюро судово-медичної експертизи в 2008—2011 роках. Встановлено низку характерних гендерних особливостей скоєння завершених суїцидальних спроб, а саме: найбільш небезпечним віком, в плані скоєння завершених суїцидальних спроб, для чоловіків є вік менше 60 років, а для жінок — 60 років і більше; найбільш небезпечним сезоном року для чоловіків є весна, а для жінок — осінь; найбільш небезпечними годинами доби для чоловіків є 6:01—12:00 та 18:01—24:00, а для жінок — 12:01—18:00; найбільш характерними способами скоєння завершених суїцидальних спроб для чоловіків є підвищення (разом з деякими іншими способами: різані рани, ураження електричним струмом, залізнична травма), а для жінок — падіння з висоти та отруєння; найбільш небезпечним рівнем алкогольної інтоксикації, в плані скоєння завершених суїцидальних спроб, для чоловіків є середній та більш важкі ступені сп'яніння ($\geq 1,51$ ‰ етанолу у крові), а для жінок — легкий ступінь сп'яніння (0,51—1,50 ‰ етанолу у крові).

Ключові слова: завершена суїцидальна спроба, моніторинг, фактори ризику, прогноз

Найважливішою науково-практичною задачею сучасної психіатрії є встановлення суїцидонебезпечних контингентів населення (груп підвищеного суїцидального ризику). В Україні протягом багатьох років показник самогубств перевищував рівень, визначений ВООЗ як високий (20 і більше випадків на 100 тис. населення). Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) протягом останніх років кваліфікує суїцидогенну ситуацію в нашій країні як стало несприятливу. За останніми (2011 рік), далеко неповними даними офіційної статистики, частота завершених суїцидів в Україні становить приблизно 20 випадків на 100 тис. населення [1—3, 8]. Незважаючи на дещо обнадійливу динаміку останніх років, суїциди, як і раніше, займають домінуюче місце в структурі насильницької смертності [4—6].

© Лінський І. В., Бачериков А. М., Лакинський Р. В., Матузок Е. Г., Ткаченко Т. В., Сітенко Л. М., 2014

Цель работы — определение эпидемиологических характеристик факторов совершения завершённых суицидальных попыток у жителей г. Харькова для последующей оценки возможности прогнозирования последствий суицидальной активности. Обработаны данные о 809 случаях завершённых суицидальных попыток, мониторинг проводился соответственно протоколам вскрытия Харьковского Областного бюро судебно-медицинской экспертизы в 2008—2011 годах. Установлен ряд характерных гендерных особенностей совершения завершённых суицидальных попыток, а именно: наиболее опасным возрастом, в плане совершения завершённых суицидальных попыток, является для мужчин возраст меньше 60 лет, а для женщин — 60 лет и более; наиболее опасным сезоном года для мужчин — весна, а для женщин — осень; наиболее опасными временами суток для мужчин — 6:01—12:00 и 18:01—24:00, а для женщин — 12:01—18:00; наиболее характерными способами совершения завершённых суицидальных попыток для мужчин является повешение (вместе с некоторыми другими способами: резаные раны, поражение электрическим током, железнодорожная травма), а для женщин — падения с высоты и отравления; наиболее опасным уровнем алкогольной интоксикации, в плане совершения завершённых суицидальных попыток, для мужчин — средняя и более тяжёлые степени опьянения ($\geq 1,51$ ‰ этанола в крови), а для женщин — лёгкая степень опьянения (0,51—1,50 ‰ этанола в крови).

Ключевые слова: завершённая суицидальная попытка, мониторинг, факторы риска, прогноз

Виявлення й аналіз статистичного матеріалу, пов'язаного з суїцидами, в зіставленні з іншими соціальними змінами може бути індикатором сприятливості соціальних умов, рівня соціальної напруженості і функціонування соціуму у цілому [7—9]. Ось чому невпинне відстеження епідеміологічної ситуації щодо суїцидів (моніторинг), як основа для оперативного реагування на неї, є вкрай важливим завданням [7, 8, 10—12].

Особливе практичне значення (з огляду на оцінку можливостей попередження фатальних наслідків) мають фактори, що сприяють завершенню суїцидальних спроб.

Саме тому метою цієї роботи стало визначення епідеміологічних характеристик факторів скоєння завершених суїцидальних спроб у мешканців м. Харкова задля подальшої оцінки можливостей прогнозування наслідків суїцидальної активності та розроблення й удосконалення профілактичних засобів їх подолання.

Дані про завершені суїциди (ЗС) — стать та вік жертви суїциду на момент його скоєння; сезон року, день тижня, час доби та спосіб здійснення суїциду, а також концентрації алкоголю в крові — було одержано з відповідних протоколів розтинів, здійснених в Харківському обласному бюро судово-медичної експертизи в 2008—2011 роках.

Оброблення отриманих даних здійснювали методами математичної статистики (дисперсійний аналіз) на комп'ютері з використанням електронних обчислювальних таблиць Excel з пакету Microsoft Office 2010 [13, 14].

Встановлено, що у Харкові протягом періоду, про який йдеться, було офіційно зареєстровано 809 випадків завершених суїцидальних спроб. Чоловіки здійснили 593 самогубства (73,30 %), жінки — 216 (26,70 %). Співвідношення чоловіки/жінки складає 2,74/1, що у цілому відповідає даним Європейського регіону ВООЗ (як правило це співвідношення складає приблизно 3/1).

В результаті аналізу розподілу завершених суїцидів за віком (рис. 1) було встановлено, що основна їхня маса припадає на віковий діапазон 50—59 років (150 випадків або 18,54 % від загальної кількості).

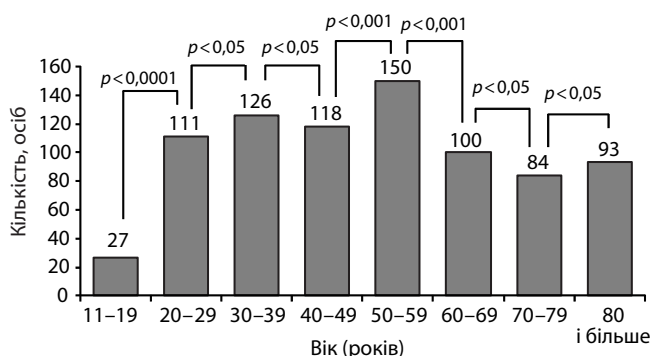


Рис. 1. Розподіл завершених суїцидів за віком

Другий за значущістю пік суїцидальної активності відповідає віковій групі 30—39 років (126 випадків або 15,57 % від загальної кількості). У більш старших вікових групах кількість завершених суїцидальних спроб знижується і досягає локального мінімуму у віці 70—79 років (84 випадки або 10,38 % від загальної кількості). При цьому абсолютний мінімум суїцидальної активності спостерігався у представників наймолодшої вікової групи — до 19 років (27 осіб, що складає 3,33 % від загальної кількості).

У зв'язку з неоднорідністю гендерної структури скоєння завершених суїцидальних спроб було здійснено аналіз у зазначених вікових групах серед чоловіків і жінок окремо (рис. 2).

В результаті було встановлено, що загальною тенденцією є переважання серед суїцидентів чоловіків над жінками у вікових групах 20—29 років (14,84 % та 10,65 % відповідно при $p < 0,05$), 30—39 років (18,89 % та 6,48 % відповідно при $p < 0,0001$) та 50—59 років (19,56 % та 15,74 % відповідно при $p < 0,05$).

У жінок, зокрема, збільшення кількості завершених суїцидальних спроб спостерігається в вікових діапазонах 70—79 років (12,96 % у жінок проти 9,44 % у чоловіків при $p < 0,05$) та 80 років і більше (22,69 %

та 7,42 % відповідно при $p < 0,0001$). Взагалі одержані дані свідчать про зростання суїцидальної активності у жінок починаючи з віку 60 років та більше (рис. 3).

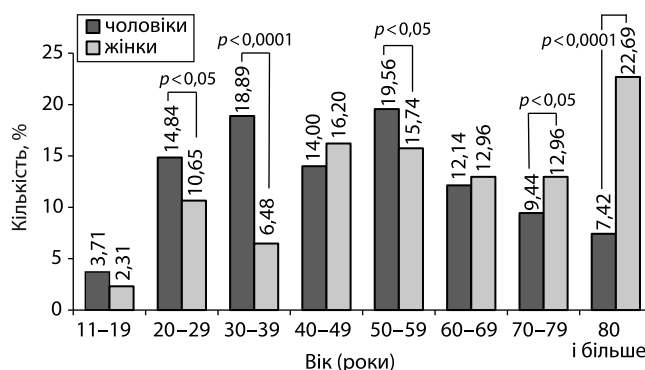


Рис. 2. Розподіл завершених суїцидів за віком з урахуванням статі

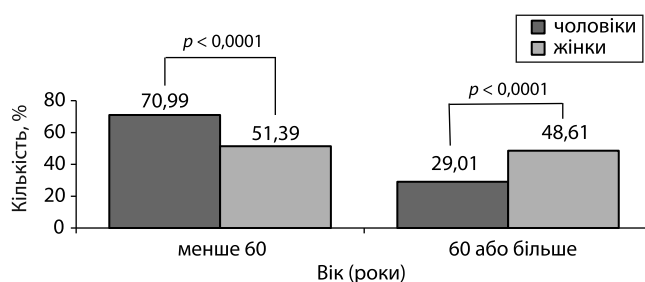


Рис. 3. Розподіл завершених суїцидів за статтю та віком (після злиття діапазонів)

На рисунку 4 наведені дані про кількість завершених суїцидальних спроб, що були здійснені у різні сезони року. Необхідно відзначити, що виявлені нами відмінності між сезонами статистично достовірні. Найбільше людей загинуло внаслідок суїцидів влітку (228 осіб або 28,18 % від загальної кількості спостережень) і весною (220 осіб або 27,19 % від загальної кількості досліджених випадків). Мінімум завершених суїцидальних спроб мав місце взимку (169 випадків або 20,89 % від загальної кількості спостережень).

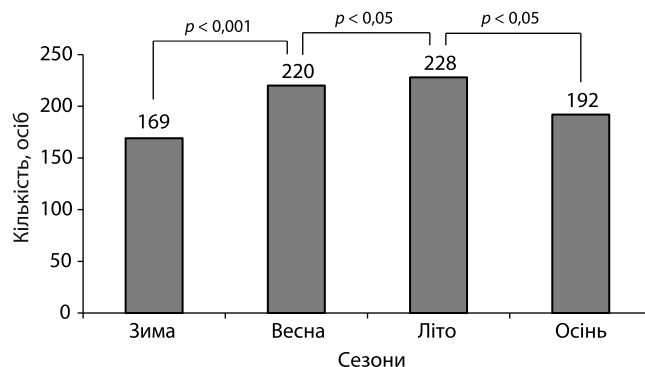


Рис. 4. Розподіл завершених суїцидів за сезонами року, у які було скоєно самогубство

Розподіл завершених суїцидальних спроб за сезонами року, у які було скоєно самогубство, з урахуванням статі відображений на рисунку 5.

Як можна бачити (рис. 5), достовірні відмінності між чоловіками і жінками, що скоїли завершені суїциди, мали місце весною та восени, при цьому навесні домінувала активність чоловіків, а восени — навпаки, жінок.

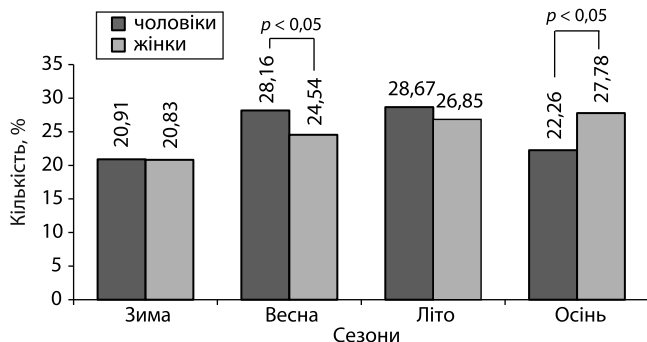


Рис. 5. Розподіл завершених суїцидів за порами року, у які було скоєно самогубство, з урахуванням статі

Під час вивчення розподілу завершених суїцидів за днями тижня у загальній популяції (рис. 6) з'ясувалося, що найбільша кількість завершених суїцидальних спроб була здійснена у понеділки, четверги та неділю (15,45 %; 16,44 % та 14,22 % випадків від загальної кількості відповідно).

У цілому протягом цих трьох днів тижня було здійснено 46,35 % від загальної кількості завершених спроб у популяції, що досліджується. При цьому найменша кількість завершених суїцидальних спроб здійснювалася у вівторки та суботи (13,10 % та 12,60 % випадків відповідно від загальної кількості завершених суїцидальних спроб).

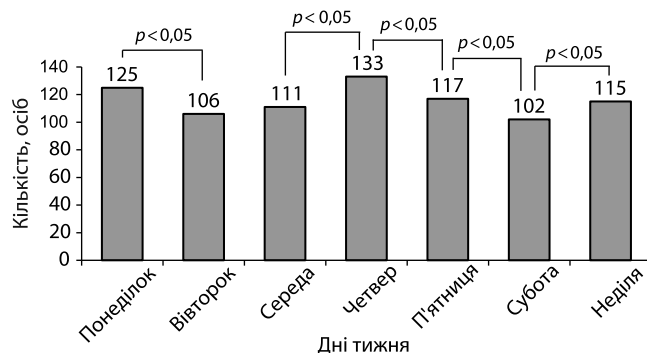


Рис. 6. Розподіл завершених суїцидів за днями тижня

З розподілу завершених суїцидальних спроб за днями тижня з урахуванням статі (рис. 7) можна бачити, що протягом усіх днів тижня жодних достовірних відмінностей між групами різної статі виявлено не було.

Не менший інтерес (з огляду на оцінку можливостей прогнозу та попередження) становить час доби, найбільш характерний для суїцидальної активності (рис. 8).

В результаті проведеного дослідження було встановлено, що максимум кількості завершених суїцидальних спроб припадає на період часу 12:00—15:00 годин. Протягом цього періоду було скоєно 121 спробу, що складає 14,95 % від загальної кількості завершених суїцидів. Найменше спроб було здійснено

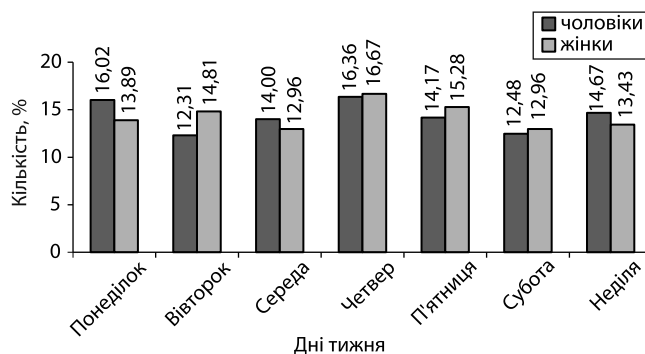


Рис. 7. Розподіл завершених суїцидів за днями тижня у чоловіків та жінок окремо

в період часу 03:00—06:00 (52 випадки, що складає 6,42 % від загальної кількості зафіксованих нами завершених суїцидальних спроб). Із 6-ї години ранку впродовж 9 годин кількість самогубств поступово зростала, а з 15-ї години до 3 години — поступово зменшувалася.

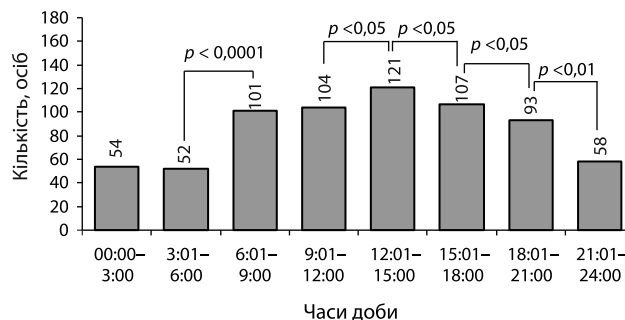


Рис. 8. Розподіл завершених суїцидів у міській популяції за часом доби

Дані щодо розподілу завершених суїцидів у міській популяції за статтю та часом доби після злиття діапазонів наведені на рисунку 9.

Найбільш часто як чоловіки, так і жінки йшли з життя з 12 години до 18 години. У чоловіків в цей час було зафіксовано 157 смертей — 19,40 % від загальної кількості суїцидентів та 30,91 % від усіх самогубств, що здійснили чоловіки. У жінок за цей час здійснено 71 спробу — 8,77 % від усієї кількості завершених суїцидів та 39,01 % від кількості спроб, здійснених жінками ($p = 0,010$).

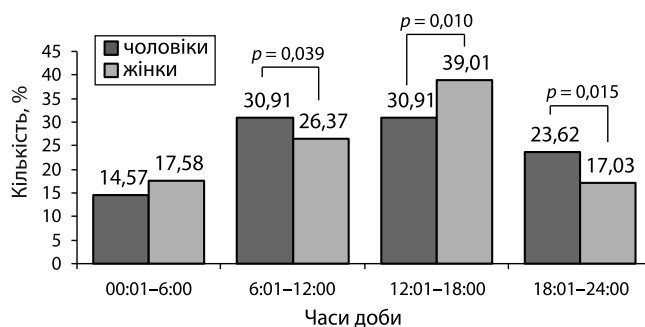


Рис. 9. Розподіл завершених суїцидів у міській популяції за статтю та часом доби (після злиття діапазонів)

Аналіз за способом здійснення завершеної суїцидальної спроби надає уявлення про найбільш прийнятні в даному соціумі способи самогубств (рис. 10).

Основну масу завершених суїцидальних спроб складають: повішення — 572 випадків (70,70 % всіх самогубств) та падіння з висоти — 142 випадків (17,55 % від усіх самогубств). Тобто, приблизно 90 % всіх завершених суїцидальних спроб були брутальними, коли вірогідність надання допомоги — мінімальна.

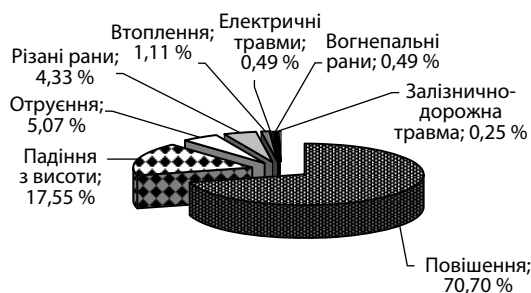


Рис. 10. Розподіл завершених суїцидів залежно від способу самогубства

Під час аналізу розподілу завершених суїцидів залежно від способу самогубства з урахуванням статі було встановлено (рис. 11), що найбільш поширеними способами самогубства в порядку частоти були: повішення (чоловіки — 75,21 % від усіх випадків чоловічих самогубств, жінки — 58,33 % від усіх випадків жіночих самогубств при $p < 0,0001$), падіння з висоти (чоловіки — 12,98 %, жінки — 30,09 % при $p < 0,0001$), отруєння (чоловіки — 4,38 %, жінки — 6,94 % при $p = 0,048$), інші способи (чоловіки — 7,42 %, жінки 4,63 % при $p = 0,049$).

Відомо, що вживання алкогольних напоїв істотно полегшує реалізацію суїцидальних намірів. Ось чому наступним завданням цієї роботи стало визначення концентрації етанолу в крові осіб, що скоїли суїцид. Було встановлено, що з 809 осіб, що скоїли завершені суїцидальні спроби, у 234 осіб (28,92 % випадків) в крові був виявлений алкоголь, серед яких 197 спроб були здійснені чоловіками (24,35 % від загального числа спроб у популяції або 33,22 % від спроб, здійснених чоловіками), а жінки — 37 спроб (4,57 % від загального числа спроб у популяції або 17,12 % від спроб, здійснених жінками). Співвідношення за кількістю завершених суїцидальних спроб, здійснених у стані алкогольного сп'яніння чоловіки/жінки становило 6,32 : 1.

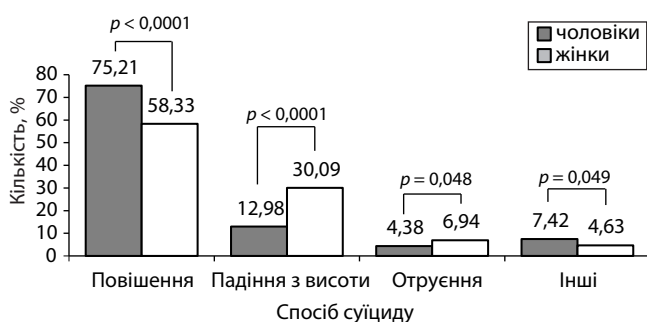


Рис. 11. Розподіл завершених суїцидів залежно від статі та способу самогубства

З розподілу завершених суїцидів за ознакою концентрації етанолу в крові (рис. 12) можна бачити, що легкий ступінь алкогольного сп'яніння (концентрація етанолу в крові 0,51—1,50 ‰), мав місце в 31,62 % випадків; середній (1,51—2,50 ‰) — в 34,62 % випадків; тяжкий (2,51—3,00 ‰) — в 17,52 % випадків і, нарешті, важке отруєння алкоголем (3,01—5,00 ‰) — в 16,24 % випадків.

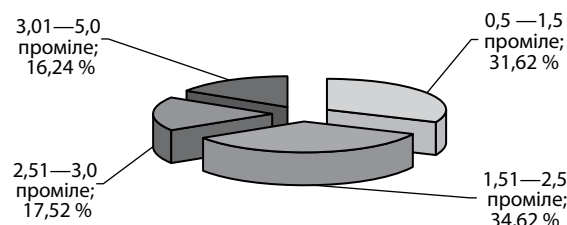


Рис. 12. Розподіл завершених суїцидів за ознакою концентрації етанолу в крові (серед тих у кого було виявлено етанол в крові)

Розподіл суїцидальних спроб самоотруєння у чоловіків та жінок окремо за ознакою концентрацію алкоголю в крові наведений на рисунку 13.

Як можна бачити, серед осіб з легким ступенем алкогольного сп'яніння (0,51—1,50 ‰) на момент скоєння суїциду, переважали жінки (40,54 % від загальної кількості осіб жіночої статі з ознаками алкогольного сп'яніння проти 29,95 % у відповідній групі чоловіків при $p = 0,048$), в той час, як серед осіб з більш високими концентраціями алкоголю в крові ($\geq 1,51$ ‰) домінували чоловіки (див. рис. 13).

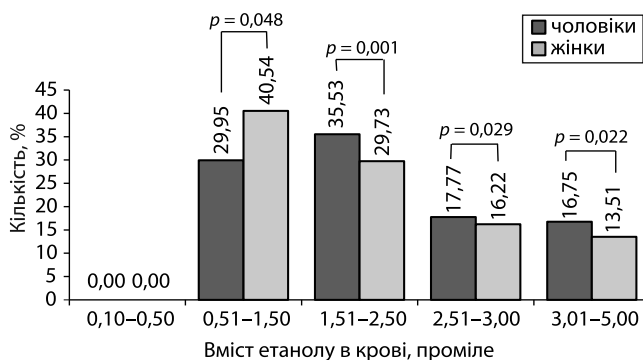


Рис. 13. Розподіл завершених суїцидів у чоловіків та жінок окремо за ознакою концентрації алкоголю в крові

Результати проведеного дослідження дозволили дійти таких висновків.

1. В процесі дослідження встановлено низку характерних гендерних особливостей скоєння завершених суїцидальних спроб мешканцями м. Харкова.

2. Найбільш небезпечним віком, в плані скоєння завершених суїцидальних спроб, для чоловіків є менше 60 років, а для жінок — 60 років і більше.

3. Найбільш небезпечним сезоном року, в плані скоєння завершених суїцидальних спроб, для чоловіків є весна, а для жінок — осінь.

4. Найбільш небезпечними годинами доби, в плані скоєння завершених суїцидальних спроб, для чоловіків є 6:01—12:00 та 18:01—24:00, а для жінок — 12:01—18:00.

5. Найбільш характерними способами скоєння завершених суїцидальних спроб для чоловіків є повішення (разом з деякими іншими способами: різані рани, ураження електричним струмом, залізнична травма тощо), а для жінок — падіння з висоти та отруєння.

6. Найбільш небезпечним рівнем алкогольної інтоксикації, в плані скоєння завершених суїцидальних спроб, для чоловіків є середній та більш важкі ступені сп'яніння ($\geq 1,51$ ‰ етанолу у крові), а для жінок — легкий ступінь сп'яніння ($0,51$ — $1,50$ ‰ етанолу у крові).

7. Знайдені особливості мають бути враховані під час формування програм щодо попередження смертності внаслідок суїцидальної активності населення.

З метою підвищення надійності прогнозування наслідків суїцидальної активності планується дослідження інших (окрім вже описаних вище) факторів скоєння суїцидальних спроб.

Список літератури

1. Юрьева, Л. Н. Суицидологическая ситуация в Украине: статистика и эпидемиология [Текст] / Л. Н. Юрьева, А. Е. Юрьев // Суицидология. — 2013. — Т. 4, № 3 (12). — С. 70—76.
2. Who / Suicide rates per 100,000 by country, year and sex (Table) Most recent year available; as of 2011 [Електронний ресурс]. — Режим доступу : http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide_rates/en/
3. Юрьева, Л. Н. Клиническая суицидология [Текст] / Л. Н. Юрьева // Днепрпетровск : «Пороги». — 2006. — С. 22—39.
4. Войцех, В. Ф. Суицидология [Текст] / В. Ф. Войцех. — М.: Миклош, 2007. — 280 с.
5. Говорин, Н. В. Алкогольная смертность [Текст] / Н. В. Говорин, А. В. Сахаров // Алкогольная смертность. — Томск: Изд-во «Иван Федоров», 2012. — 164 с.

6. Немцов, А. В. Потребление алкоголя и самоубийства: Россия 1981—1998 гг. [Текст] / А. В. Немцов // Вопросы наркологии. — 2002. — № 4. — С. 53—60.

7. Данные мониторинга суицидальных попыток и завершённых суицидов в г. Одессе за период 2001—2011 гг. [Текст] / С. Е. Захаров, В. А. Розанов, Г. Ф. Кривда, П. Н. Жужуленко // Суицидология. — 2012. — № 4. — С. 3—10.

8. Юрьева, Л. Н. Суицидологическая ситуация в Украине: реалии и перспективы [Текст] / Л. Н. Юрьева // Український вісник психоневрології. — 2007. — Т. 15, вип. 1 (50). — С. 34—36.

9. Захаров, С. Е. Динамика самоубийств и суицидальных попыток в Одессе в 2001—2008 гг. — первые признаки влияния мирового кризиса? [Текст] / С. Е. Захаров, В. А. Розанов // Медична психологія. — 2009, № 4. — С. 38—47.

10. Чуприков, А. П. Розробка державної програми боротьби із зростанням суїцидальної активності в Україні [Текст] / А. П. Чуприков, Г. Я. Пилягіна // 36. наук. пр. співробітників КМАПО ім. П. Л. Шупика. — К., 1999. — Вип. 7, кн.1. — С. 157—159.

11. Завершённые самоубийства в городе Харькове (1999—2002 годы) [Текст] / П. В. Волошин, А. Н. Бачериков, Э. Г. Матузок [и др.] // Український вісник психоневрології. — 2004. — Т. 12, Вип. 4 (41). — С. 5—7.

12. Завершені суїцидальні спроби, що були скоєні у Харкові у 2002—2004 роках [Текст] / А. М. Бачериков, Е. Г. Матузок, К. В. Харіна [та ін.] // Український вісник психоневрології. — 2007. — Т. 15, вип. 1 (50), додаток. — С. 154.

13. Гублер Е. В. Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов [Текст] / Е. В. Гублер. — М.: Медицина, 1978. — 294 с.

14. Лапач С. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel [Текст] / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабич. — К.: Моріон, 2000. — 320 с.

Надійшла до редакції 10.12.2013 р.

ЛІНСЬКИЙ Ігор Володимирович, доктор медичних наук, науковий керівник відділу невідкладної психіатрії та наркології Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України» (ДУ «ІНПН НАМН України»), м. Харків; e-mail: i_linskiy@yahoo.com

БАЧЕРИКОВ Андрій Миколайович, головний науковий співробітник відділу невідкладної психіатрії та наркології ДУ «ІНПН НАМН України»; e-mail: abacherykov@ukr.net

ЛАКИНСЬКИЙ Роман Вікторович, молодший науковий співробітник відділу невідкладної психіатрії та наркології ДУ «ІНПН НАМН України»; e-mail: RLakinskiy@ukr.net

МАТУЗОК Едуард Геннадійович, старший науковий співробітник відділу невідкладної психіатрії та наркології ДУ «ІНПН НАМН України»; e-mail: edmatuzok@yahoo.com

ТКАЧЕНКО Тетяна Володимирівна, старший науковий співробітник відділу невідкладної психіатрії та наркології ДУ «ІНПН НАМН України»; e-mail: tvtkacenko@ukr.net

СІТЕНКО Любова Миколаївна, молодший науковий співробітник відділу лабораторії клінічної діагностики ДУ «ІНПН НАМН України»

LINSKIY Igor Volodymyrovych, Doctor of Medical Sciences, Head of Department of urgent Psychiatry and Narcology State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine" (SI "INPN NAMS Ukraine"), Kharkiv; e-mail: i_linskiy@yahoo.com

BACHERYKOV Andrii Mykolaiovych, Head Researcher of Department of urgent Psychiatry and Narcology SI "INPN NAMS Ukraine", Kharkiv; e-mail: abacherykov@ukr.net

LAKYNSKYI Roman Victorovych, Junior Researcher of Department of urgent Psychiatry and Narcology SI "INPN NAMS Ukraine", Kharkiv; e-mail: rlakinskiy@ukr.net

MATUZOK Eduard Gennadiiovych, Senior Researcher of Department of urgent Psychiatry and Narcology SI "INPN NAMS Ukraine", Kharkiv; e-mail: edmatuzok@yahoo.com

TKACHENKO Tetiana Volodymyrivna, Senior Researcher of Department of urgent Psychiatry and Narcology SI "INPN NAMS Ukraine", Kharkiv; e-mail: tvtkacenko@ukr.net

SITENKO Liubov Mykolaivna, Junior Researcher of Department of Clinical laboratory diagnostics SI "INPN NAMS Ukraine", Kharkiv