

САМОПОРЕЗЫ И РАНЫ У ПОГИБШИХ ОТ СУИЦИДА (РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ)

*П.Б. Зотов, А.А. Калашников,
Е.Г. Скрябин, В.А. Шидин,
Н.Н. Спадерова*

Тюменский государственный медицинский университет, г. Тюмень
Областное бюро судебно-медицинской экспертизы, г. Тюмень

Представлен *постмортальный анализ самопорезов и ран у 88 погибших от суицида (77 мужчин и 11 женщин, в возрасте от 17 до 90 лет, соотношение М : Ж – 7 : 1)*. Показано, что следы самопорезов, повреждений и ран выявляются у каждого пятого суицидента (19,3%) независимо от избранного способа самоубийства и преимущественно ассоциированы с мужским полом (соотношение М:Ж – 16:1). Установлено, что среди дополнительных потенциальных факторов суицидальной активности и самоповреждений может выступать алкоголь (45,5%), частота выявления которого выше у лиц, имеющих умышленные повреждения кожи (64,7%), совершенные ими в отдаленный или острый пресуицидальный период. В заключении авторы делают вывод о том, что полученные в ходе исследования данные указывают на важный практический вывод – более внимательный осмотр пациентов врачом любой специальности, активное выявление суицидального поведения, изучение суицидального анамнеза человека – значимый элемент суицидальной превенции, позволяющий выявлять группу риска и направлять человека к специалисту в области психического здоровья. Предложенное направление исследований позволяет получить значимые для клинической суицидологии, судебной медицины и других дисциплин данные, что указывает на важность продолжения работы.

Ключевые слова: суицид, самоповреждения, самопорезы, раны

Суицидальная смертность относится к одним из значимых показателей, отражающих медико-социальные условия и уровень жизни населения. Системный анализ ключевых факторов, выявление и работа с группами риска суицидальной активности, является важным условием совершенствования

системы профилактики самоубийств [1, 2]. Среди доказанных факторов просуицидальной активности – алкоголь и психоактивные вещества (ПАВ) [2, 3, 4], суицидальные попытки и аутоагрессивные действия в прошлом, депрессия [1, 5].

Исследования последних лет так же указывают на важное значение самоповреждений, в том числе, совершаемых по суицидальным и несуицидальным мотивам [6]. Точных данных о частоте этих форм девиантного поведения нет. Мало изучены контингенты, ключевые половозрастные, социальные и многие других характеристики, знание которых может позволить формировать более четкие меры профилактики. Среди причин – малая частота обращений за медицинской помощью при самоповреждениях, а при обращении – сокрытие факта умышленного нанесения себе раны, отсутствие системы учета подобных состояний и др. Все это определяет важность исследований в данной области девиантной активности.

Учитывая вероятную связь самоповреждений и суицидальной активности, мы обратили внимание на контингент лиц, погибших от суицида.

Цель исследования: анализ частоты выявления ран и следов самопорезов у погибших от суицида.

Материал и методы: данные Областного бюро судебно-медицинской экспертизы (г. Тюмень) о лицах, погибших от суицида в 2019 году. Всего было зарегистрировано 88 случаев (77 мужчин и 11 женщин, в возрасте от 17 до 90 лет). Соотношение М : Ж – 7 : 1.

Из протоколов целенаправленно выбиралась и оценивалась информация с описанием следов ран и самопорезов – ран, рубцов, других следов повреждений. Полученные данные оценивались, интерпретировались, сравнивались с материалами из доступных источников специальной литературы.

Результаты и обсуждение.

Среди реализованных 88 способов суицида, ведущее место занимало самоповешение – 75,0%, что отражает ситуацию, характерную для региона и страны в целом [7].

Таблица 1

Доля лиц с самопорезами среди суицидентов

Способ суицида	Суициды		Раны и самопорезы у суицидентов	
	n	%	n	*%
X70 – самоповешение	66	75,0	9	13,6
X80 – самоповреждение вследствие прыжка с высоты	8	9,1	2	25,0
X61-69 – самоотравление	5	5,7	1	20,0
X78 – преднамеренное самоповреждение острым предметом	5	5,7	5	**100,0
X72-74 – самоповреждение из огнестрельного оружия	4	4,5	1	25,0
Всего:	88	100,0	17	19,3

Примечание: *процент (%) рассчитыван относительно количества случаев суицида, совершенным способом, указанным в данной графе; **максимальный процент обусловлен основным способом реализации суицида – преднамеренное самоповреждение острым предметом

Нетипичны цифры по самоповреждениям вследствие прыжка с высоты, занимающих вторую позицию – 9,1%. В среднем по стране этот показатель не превышает 1-2% и находится в рейтинге ниже частоты самоотравлений и самопорезов [8]. В Тюмени эти способы в 2019 году занимали третье место с одинаковой частотой в 5,7%. Огнестрельные суициды составили 4,5% (табл. 1).

Среди погибших общее число лиц, с выявленными следами ран и самопорезов, составило – n=17 – практически в каждом пятом случае (19,3%). При половом распределении – 16 мужчин и лишь 1 женщина (соотношение М:Ж – 16:1). Таким образом, при общем соотношении погибших М : Ж – 7 : 1, более высокие показатели выявления ран и следов самопорезов у мужчин – в 2,3 раза (16:1), позволяют сделать предварительный вывод о половом ассоциированном факторе. (Малое количество наблюдений настоящего исследования не позволят сделать однозначный вывод и требует изучения более широкого контингента).

Оценивая данные таблицы 1, также можно отметить, что следы острых ран и рубцов от прежних повреждений регистрировались при каждом отдельном способе самоубийства, но наибольшее число (9 из 17) лиц было среди погибших от механической асфиксии при самоповешении. Можно предположить, что при более значительном секционном материале это будет иметь ха-

рактер достоверной связи и выделено в фактор риска. (Отмеченные более высокие процентные показатели при других способах суицида из-за малого количества наблюдений на данном этапе исследования не могут быть приняты как достоверные).

Оценка характера патологических изменений мягких тканей показала, что их можно разделить на 4 основные группы:

1. Раны, нанесённые себе самим погибшим, и явившихся причиной смерти (прямая суицидассоциированная связь).

2. Раны, полученные в процессе или после совершения самоубийства, но не связанные напрямую с основным способом самоповреждения (характер связи – случайный / изначально непреднамеренный).

3. Следы, характерные для умышленных самоповреждений, полученных в досуицидальный период (возможный фактор риска).

4. Следы прежних повреждений, предположительно не связанных с аутоагрессией (последствия травм, операций и др.).

Первая группа ран, по понятным причинам, доминировала среди лиц, совершивших суицид путём преднамеренного самоповреждения острым предметом (X78). Все 5 случаев – мужчины, в возрасте от 37 лет до 61 года (средний – 44,2).

Во всех пяти случаях имелись раны кожи и мягких тканей от самопорезов в области локтевых сгибов, предплечий, запястий рук. Свежих ран в других областях тела и

конечностей не наблюдалось. Характерным при описании раны было указание на полное пересечение подкожных вен, как источника смертельного кровотечения. У части погибших описано пересечение нервов. Достаточно типично писание самоповреждений: «На ладонных поверхностях предплечий в нижней трети на расстоянии 3,5 слева и 3 см справа от запястий расположены прямолинейные, горизонтальные раны длиной соответственно 4,2 см и 3 см, глубиной ран 4-5 мм. Стенки ран отвесные, ровные, обильно пропитаны темной кровью. Дно ран острое, края у ран ровные, неосажденные, концы заостренные, причем лучевой край раны правого предплечья и локтевой левого продолжается в поверхностные, прямолинейные надрезы кожи по 1,0 и 0,5 см соответственно. В ранах полностью пересечены подлежащие подкожные вены».

Вторая группа – «Раны, полученные в процессе или после совершения самоубийства, но не связанные напрямую с основным способом самоповреждения». Отмечены в двух случаях – в обоих при прыжке с высоты (X80) – мужчины, 58 и 63 лет. Пример раны: «На лобке в 2 см правее срединной линии расположен левый конец прямолинейной, горизонтальной раны в виде тупого угла около 120 градусов, с длинами сторон 3 см левая, 2,7 см правая, края ровные, неосажденные, концы остроугольные, стенки ровные, кровоподтечные, нижние скошены, верхние подрыты; при этом продолжается в раневой канал, который идет подкожно вверх, на глубину 4 см».

Третья группа – «Следы, характерные для умышленных самоповреждений, полученных в досуицидальный период» – самая многочисленная группа. У 13 человек имелись характерные признаки умышленных самопорезов в отдаленный период (рубцы) (n=11) или сочетающиеся со свежими ранами (n=2), нанесенными за несколько дней или часов до самоубийства. У части погибших при описании рубцов имелись указания на признаки проводимой им ранее хирургической обработки ран, но большинство подобных признаков не имело. Это согласуется с ранее полученными нами данными при

изучении лиц с самопорезами, обращающихся за медицинской помощью [6, 9].

Примеры описаний рубцов и сочетанных ран. *Вариант 1* (самострел – X72): «На ладонной, лучевой и частично тыльной поверхностях левого предплечья во всех третях расположены многочисленные, полосовидные, горизонтальные и косо - горизонтальные, местами пересекающиеся между собой белесые, мягко-эластичные, умеренно подвижные, гладкие рубцы без видимых следов хирургических швов, размерами от 2x0,2 см до 7x0,2 см». *Вариант 2* (повешение – X70.0): «На ладонной поверхности левого предплечья в нижней трети расположена умеренно зияющая рана, обильно покрытая сухой кровянистой корочкой. Кровянистая корочка аккуратно смыта водой. Рана прямолинейная, ориентирована горизонтально, длиной 4,3 см, глубиной до 0,3 см, дном её являются мягкие ткани. Края раны ровные, подсохшие, концы остроугольные, стенки кровоподтечные, без тканевых перемычек».

Наиболее часто (n=13) рубцы от самопорезов локализовались на предплечьях, локтевых сгибах, плечах. У 4 человек рубцы выявлялись и в других зонах – животе, бедрах. Пример: (повешение – X70.0) ... полосчатые рубцы с мягкими, белесыми, тускловатыми, чуть западающими поверхностями: в левом подреберье с переходом на левую половину грудной клетки косовертикальный 11x0,5 см, на животе по срединной линии от пупка и выше 15x0,3 см, а также множественные, горизонтальные на ладонных поверхностях предплечий, длиной от 4 см до 7 см, шириной 0,2-0,5 см».

Четвертая группа – «Последствия прежних травм, операций и др. Всего отмечены у двух человек, и были описаны как дополнительный элемент на фоне других самоповреждений».

Таким образом, исследования показали, что следы повреждений кожи и мягких тканей достаточно распространенный феномен, выявляемый у лиц, погибших от суицида.

На следующем этапе нами была оценена частота выявления алкоголя у погибших, в том числе в зависимости от избранного способа самоповреждения (табл. 2).

Таблица 2

Частота выявления алкоголя у всех суицидентов

Способ суицида	Суициды, все		Алкоголь	
	n	%	n	%
X70 – самоповешение	66	75,0	30	45,5
X80 – самоповреждение вследствие прыжка с высоты	8	9,1	0	0
X61-69 – самоотравление	5	5,7	4	80,0
X78 – преднамеренное самоповреждение острым предметом	5	5,7	2	40,0
X72-74 – самоповреждение из огнестрельного оружия	4	4,5	4	100,0
Всего:	88	100,0	40	45,5

Всего алкоголь в крови был выявлен у 45,5% суицидентов, что несколько ниже, чем в среднем по стране, где этот показатель варьирует в пределах 60-65% [5, 10]. Точно такой же процент (45,5%) как и в общей группе определялся у лиц, совершивших самоповешение. Обращают внимание, с одной стороны, отсутствие состояния опьянения у прыгнувших с высоты (0%), а, с другой, алкоголь-положительный гемотест при использовании огнестрельного оружия. При самопорезах этот процент был – 40,0%, самоотравлении – 80,0%, что так же может указывать роль и степень просуицидогенного влияния алкоголя.

Сравнение суицидентов со следами ран и самопорезов и групп без таковых, в зависимости от алкогольной составляющей, так же показало неоднородность распределения (табл. 3).

У лиц с повреждениями частота выявления алкоголя составляла 64,7%, что более

чем на половину превышала показатель у погибших, не имеющих следов ран и порезов (40,0%). Подобная тенденция прослеживалась и при распределении по отдельным способам. В целом, это позволяет сделать вывод, что алкоголь можно рассматривать не только как просуицидогенный агент, но и фактор, ассоциированный с выявляемыми самоповреждениями в отдаленном прошлом и/или накануне суицида. Тезис относительно ассоциации с предыдущими самоповреждениями на текущем этапе может носить предположительный характер, из-за ограничений возможности сбора суицидального анамнеза. Более развернутый ответ может быть получен лишь при системной работе и проведении постмортальной психолого-психиатрической экспертизе (в данном случае проводилась не у всех суицидентов) [11, 12].

Таблица 3

Частота выявления алкоголя у суицидентов в зависимости от присутствия следов самопорезов

Способ суицида	Суициденты без ран и самопорезов (n=71)		Суициденты с ранами и самопорезами (n=17)	
	n	%	n	%
X70 – самоповешение	30	45,5	*7	77,8
X80 – самоповреждение вследствие прыжка с высоты	0	0	0	0
X61-69 – самоотравление	4	80,0	1	100,0
X78 – преднамеренное самоповреждение острым предметом	2	40,0	2	50,0
X72-74 – самоповреждение из огнестрельного оружия	4	100,0	1	100,0
Всего:	40	45,5	*11	64,7

Примечание: *P<0,05

Выводы.

1. Следы самопорезов, повреждений и ран достаточно часто могут быть ассоциированы с суицидальным поведением, избравших добровольную смерть. На момент гибели выявляются у каждого пятого суицидента (19,3%) независимо от избранного способа самоубийства и преимущественно ассоциированы с мужским полом.

2. Среди дополнительных потенциальных факторов суицидальной активности и самоповреждений может выступать алкоголь (45,5%), частота выявления которого выше у лиц, имеющих умышленные повреждения кожи (64,7%), совершенные ими в отдаленный или острый пресуицидальный период.

3. Полученные в ходе настоящего исследования данные указывают на важный практический вывод – более внимательный осмотр пациентов врачом любой специальности, активное выявление суицидального поведения, изучение суицидального анамнеза человека – значимый элемент суицидальной превенции [13], позволяющий выявлять группу риска и направлять человека к специалисту в области психического здоровья.

4. Предложенное направление исследований позволяет получить значимый для клинической суицидологии, судебной медицины и других дисциплин данные, что указывает на важность продолжения работы.

Литература:

1. Предотвращение самоубийств: Глобальный императив. Пер. с англ. Женева: Всемирная Организация Здравоохранения, 2014. 97 с.
2. Положий Б.С., Васильев В.В., Каменщиков Ю.Г. Влияние социально-экономических и психопатологических факторов на динамику суицидальной смертности в Удмуртской Республике. *Академический журнал Западной Сибири*. 2021; 17 (1): 5-14.
3. Байкова М.А., Сомкина О.Ю., Лукашук А.В., Меденцева Т.А. Алкогольная зависимость как вариант личной аутоагрессии (обзор литературных данных). *Научный форум. Сибирь*. 2016; 2 (1): 46-50.
4. Сомкина О.Ю. Гендерный аутоагрессивный профиль зависимых от алкоголя лиц. *Девиянтология*. 2018; 2 (2): 30-37.
5. Разводовский Ю.Е., Игумнов С.А., Кондричин С.В. Потребление алкоголя и гендерный градиент уровня суицидов в Европе. *Суицидология*. 2019; 10 (1): 80-83. DOI: 10.32878/suiciderus.19-10-01(34)-80-83
6. Скрябин Е.Г., Зотов П.Б., Аксельров М.А., Трошина И.А., Рейхерт Л.И., Петрова Ю.А., Бухна А.Г. Преднамеренные самопорезы с суицидальной и несуйцидальной целью в клинической практике. *Суицидология*. 2020; 11 (3): 130-147. DOI: 10.32878/suiciderus.20-11-03(40)-130-147
7. Уманский М.С., Гарагашева Е.П., Приленский Б.Ю., Спадерова Н.Н., Бухна А.Г., Приленский А.Б. Суицидологическая ситуация в малой территории: опыт системного анализа. Сообщение I: самоубийства. *Суицидология*. 2021; 12 (4): 113-131. DOI: 10.32878/suiciderus.21-12-04(45)-113-131
8. Зотов П.Б., Бузик О.Ж., Уманский М.С., Хохлов М.С., Зотова Е.П. Способы завершённых суицидов: сравнительный аспект. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2018; 3 (100): 62–66. DOI: 10.26617/1810-3111-2018-3(100)-62-66
9. Скрябин Е.Г., Аксельров М.А., Зотов П.Б., Любов Е.Б., Сахаров С.П., Кичерова О.А., Спадерова Н.Н. Суицидент среди пациентов травматологического центра. *Суицидология*. 2020; 11 (2): 101-117. DOI: 10.32878/suiciderus.20-11-02(39)-101-117
10. Немцов А.В., Шельгин К.В. Самоубийства и потребление алкоголя в России, 1956-2013 гг. *Суицидология*. 2016; 7 (3): 3-12.
11. Михайлова Н.Ю., Голенков А.В. Анализ посмертных комплексных судебных психолого - психиатрических экспертиз, связанных с самоубийствами. *Девиянтология*. 2020; 4 (2): 46-53. DOI: 10.32878/devi.20-4-02(7)-46-53
12. Сырковашина К.В. «Психологическая аутопсия» при суициде: история вопроса и современное состояние. *Суицидология*. 2018; 9 (3): 80-86. DOI: 10.32878/suiciderus.18-09-03(32)-80-86
13. Шустов Д.И., Меринов А.В., Шустов А.Д., Клименко Т.В. Алгоритм провитального терапевтического интервью при сборе суицидального анамнеза в наркологической практике. *Суицидология*. 2020; 11 (1): 84-97. DOI: 10.32878/suiciderus.20-11-01(38)-84-97

SELF-CUTS AND WOUNDS IN SUICIDE VICTIMS (RETROSPECTIVE ANALYSIS)

P.B. Zotov, A.A. Kalashnikov, E.G. Skryabin, V.A. Shidin, N.N. Spaderova

Tyumen State Medical University, Tyumen
Regional Bureau of Forensic Medical Examination,
Tyumen

Abstract:

A postmortem analysis of 88 cases of suicide (77 men and 11 women, aged 17 to 90 years, the ratio M : F – 7: 1) is presented. It is shown that self-cuts and wounds are detected in every fifth suicidal person (19.3%), more often detected in men (ratio M:F – 16:1). 45.5% of suicides have alcohol. In persons with skin lesions, alcohol is detected in 64.7%. *In conclusion*, the authors conclude that the proposed research direction allows us to obtain data that are significant for clinical suicide, forensic medicine and other disciplines. This study needs to be continued.

Keywords: suicide, self-harm, self-cuts, wounds

Сведения об авторах:

Зотов Павел Борисович – д.м.н., профессор (SPIN-код: 5702-4899; Researcher ID: U-2807-2017; ORCID iD: 0000-0002-1826-486X). Место работы и должность: заведующий кафедрой онкологии ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский уни-

верситет» Минздрава России. Адрес: 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, д. 54; руководитель НОП «Сибирская Школа превентивной суицидологии и девиантологии». Адрес: 625027, г. Тюмень, ул. Минская, 67, к. 1, оф. 102. Телефон: +7 (3452) 270-510, электронная почта (корпоративный): note72@yandex.ru

Калашников Александр Александрович – судмедэксперт. Место работы и должность: начальник ГБУЗ ТО «Областное бюро судебно-медицинской экспертизы». Адрес: 625032, г. Тюмень, ул. Юрия Семовских, 14. Электронная почта: a_kalash@bk.ru

Скрябин Евгений Геннадьевич – д.м.н. (SPIN-код: 4125-9422; Researcher ID: J-1627-2018; ORCID iD: 0000-0002-4128-6127). Место работы и должность: врач травматолого-ортопедического отделения детского стационара ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница № 2». Адрес: 625039, г. Тюмень, ул. Мельникайте, 75; профессор кафедры травматологии и ортопедии ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, 54. Электронная почта: skryabineg@mail.ru

Шидин Владимир Александрович – д.м.н. (SPIN-код: 5431-1510; AuthorID: 717310; Researcher ID: Z-5150-2019; ORCID iD: 0000-0003-1396-5381). Место работы и должность: доцент кафедры гистологии ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, д. 54. Электронный адрес: vshidin@mail.ru

Спадерова Надежда Николаевна – к.м.н. (Author ID: 810133; ORCID iD: 0000-0002-0121-2801). Место работы и должность: доцент кафедры медицинской информатики и биологической физики с сетевой секцией биоэтики ЮНЕСКО ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: 625023, г. Тюмень, ул. Одесская, 54. Телефон: + 7 (3452) 274-383, электронная почта: nadejda.spadérova@yandex.ru

Для цитирования: Зотов П.Б., Калашников А.А., Скрябин Е.Г., Шидин В.А., Спадерова Н.Н. Самопорезы и раны у погибших от суицида (ретроспективный анализ). *Академический журнал Западной Сибири.* 2022; 18 (1): 38-43. DOI: 10.32878/sibir.22-18-01(94)-38-43

УДК 616.89-008

ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ В ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ В 2017-2021 гг.

М.С. Хохлов, М.С. Уманский

Областной наркологический диспансер,
г. Тюмень

Представлены основные показатели наркологической ситуации в Тюменской области в 2017-2021 гг. Отмечено снижение заболеваемости и распространенности алкоголизма, отравлений

алкоголем, а также смертности от употребления алкоголя и его суррогатов. Негативным фактом является увеличение количества общих отравлений наркотическими веществами и смертности от их потребления на фоне снижения общей заболеваемости.

Ключевые слова: наркологическая ситуация, алкоголь, наркотики, заболеваемость, смертность, Тюменская область

Совершенствование системы профилактики наркологических заболеваний является актуальной медико-социальной проблемой как для многих отдельных регионов Российской Федерации, так и страны в целом [1]. Среди важнейших задач – снижение заболеваемости и смертности, максимальное повышение возможности реабилитации этого контингента пациентов и возврата их к полноценной жизни, профилактическая работа среди молодежи [2, 3].

Тюменская область включает в себя три субъекта – Юг Тюменской области и две северные территории в виде автономных округов. Особенности климатических условий, плотность, миграционная активность, возрастной и национальный состав населения, удаленность административных центров отражаются и на большинстве значимых показателей наркологической ситуации. Это во многом определяет и важность расстановки приоритетов в системе профилактики [4, 5, 6], и может иметь отличия от других территорий РФ [7, 8].

Цель исследования: оценить основные показатели, характеризующие наркологическую ситуацию в Тюменской области в 2017-2021 гг.

Материал и методы: данные статистической отчетности ГАУЗ ТО «Областной наркологический диспансер» (г. Тюмень) за период 2017-2021 гг.

Результаты и обсуждение:

Показатель заболеваемости алкоголизмом по Области в 2021 году составил 42,2 на 100 тысяч населения. За пять лет он снизился на 34,2%, но все же на 4,7% выше относительно показателя РФ 2020 года (40,3) и на 5,2 % выше показателя УрФО 2020 года (40,1).