

УДК 616.89-008.441.44

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ТЕРАПИИ
СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ.

С.В. ВАУЛИН, М.В. АЛЕКСЕЕВА *

Ключевые слова: суицид, депрессивные расстройства

Самоубийство – это важная проблема общественного здоровья во всем мире, что связано с тяжестью его последствий. Число самоубийств в России превышает показатели европейских стран [4] и в 2005 году составило 36-38 случаев на 100 тысяч населения. При этом уровень суицидов среди лиц с тяжелыми психическими расстройствами, превышает таковой в общей популяции в 2,5-5 раз [3]. Важным фактором в отношении суицидов являются депрессивные расстройства [5]. Прогнозируемый рост депрессий в общей популяции (ВОЗ, 2001) может вести к росту распространенности суицидального поведения, что требует лечебно-профилактических мероприятий. До настоящего времени мало работ, посвященных изучению динамики суицидального поведения с учетом структуры депрессивного синдрома. Первичные проявления депрессии можно представить в пределах двух психопатологических рядов – позитивной и негативной аффективности, которые, перекрываясь с остальными симптомокомплексами депрессивного синдрома, определяют динамику этих расстройств, ответ на психофармакологическое воздействие [8–10]. Назрела необходимость интеграции перспективных исследований в данной области, так как это позволит осуществлять более корректное воздействие на суицидальную активность и повысит эффективность психофармакотерапии.

Суицидальное поведение – один из способов патологической защиты, включающий любые внутренние и внешние формы психических актов, направляемые представлениями о лишении себя жизни. Базовой концепцией принятой в большинстве стран Европы для практических психиатров является определение, разработанное рабочей группой по профилактике самоубийств и суицидальных попыток регионального европейского офиса ВОЗ: «Суицид – это действие с фатальным результатом, которое было намеренно начато и выполнено умершим в осознании и ожидании фатального результата, посредством которого умерший реализовал желаемые им/ей изменения». Более сложным является определение суицидальных попыток, так как далеко не все суицидальные действия являются неудавшимися самоубийствами. Как показывают исследования, целью большинства суицидальных попыток не является желание умереть. По своей сути демонстрация суицидального намерения является сигналом индивида о необходимости таких изменений обстановки, чтобы его жизнь сделалась субъективно терпимой. По определению ВОЗ, суицидальная попытка (парасуицид) – это «действие с нефатальным результатом, когда индивид намеренно для изменения ситуации начинает необычное поведение, посредством которого без вмешательства других вызывает самоповреждение или преднамеренно принимает лекарство в дозе, превышающей предписанную».

К внешним проявлениям суицидального поведения относят самоубийства (суициды) и суицидальные попытки (СП). Внутренние формы включают в себя суицидальные мысли, представления, переживания, а также суицидальные тенденции в виде замыслов и намерений, которые в динамике сменяют друг друга. Период, от возникновения суицидальных мыслей до попытки их реализации, называют пресуицидальным или пресуицидом. В случае незавершенности СП наступает постсуицидальный период (постсуицид) интегрирующий в себе переживание конфликтной ситуации, собственно суицидальный акт и его последствия, а также новую сложившуюся после СП ситуацию личностного отношения к ней. Для правильного выбора тактики ведения пациента в постсуицидальном периоде следует обращать внимание на следующие критерии: 1) актуальность суицидального конфликта; 2) степень фиксированности суицидальных тенденций; 3) особенности отношения к совершенной попытке.

В соответствии с их различным сочетанием выделяют четыре типа постсуицида [2]: критический тип характеризуется утратой актуальности конфликта, отсутствием суицидальных тенденций и негативным отношением к СП, манипулятивный тип определяется значительной дезактуализацией конфликта, отсут-

ствием суицидальных тенденций и рентным отношением к СП. При аналитическом типе постсуицида на фоне сохраняющегося конфликта происходит дезактуализация способа его разрешения, суицидально-фиксированный тип соотносится со стойкими суицидальными тенденциями в поведении. Учитывая, что неотложная помощь суицидентам требует оперативности, специалистам нужно иметь алгоритмы оказания необходимой психиатрической, психотерапевтической, психологической, социальной помощи в зависимости от формы суицидального поведения.

Цель исследования – разработка психосоциальных и лечебно-профилактических мероприятий для создания более действенных методов превенции самоубийств и покушений на самоубийство, обусловленных психическими расстройствами. ГУЗ «Смоленская областная клиническая психиатрическая больница» обследованы лица, госпитализированные в связи с СП.

Выявление психических расстройств у суицидентов, проводилось на основании комплексного психолого-психиатрического обследования. Оценка психического статуса суицидентов проводилась как на момент исследования, то есть в постсуицидальном периоде, так и при реконструкции клинической картины пресуицидального периода (времени от момента возникновения суицидальных мыслей до попыток их реализации). Для выделения критериев суицидальной опасности у пациентов с депрессивными расстройствами, а также решения задач дифференцированного подхода к тактике и стратегии суицидологической помощи, в том числе вопросов необходимости госпитализации в психиатрический стационар, объема фармакологической, психотерапевтической и социальной помощи были выделены когорты суицидентов, различающиеся по степени серьезности СП. Выделение когорт суицидентов является условным, т.к. ряд признаков, по которым мы проводим кластеризацию, не всегда можно объективизировать в силу недоступности пациента или ограниченных возможностей получения достоверной информации.

Критериями включения в когорту «Суицидальные попытки» (КСП) являлись: отсутствие истинного намерения умереть; демонстрация намерения лишения себя жизни с целью изменения текущей ситуации в свою пользу; амбивалентность в плане смертельного исхода в результате СП. Когорту «Серьезные СП» (КССП) составили суициденты с высокой вероятностью летального исхода СП, сознательно поставившие перед собой цель лишить себя жизни, утратившие смысл жизни и обнаруживающие наличие процесса суицидогенеза (этапное формирование суицидального поведения: от внутренних форм суицидальности – антивитальных переживаний, пассивных и активных суицидальных мыслей, суицидальных тенденций до реализации замысла самоубийства). Отдельно выделена когорта «Суицидально-фиксированный постсуицид» (КСФП), характеризующаяся стойкостью суицидальных тенденций в постсуицидальном периоде, отсутствием чувства контроля над своим поведением, уверенность суицидента в смертельном исходе предпринятой СП, отсутствием летального исхода в силу независимых от суицидента обстоятельств (обрыв пегли, спасение случайным лицом, некомпетентность в выборе средства или способа самоубийства).

Для дифференцирования полиморфных психопатологических проявлений депрессивных расстройств был использован подход, заложенный в бинарной (двухуровневой) типологической модели депрессии академика РАМН А.Б. Смулевича с соавторами (1997). Изучение клинической картины пресуицидального периода у обследуемых суицидентов, было направлено на выявление соотношения симптомокомплексов круга позитивной и негативной аффективности. Был выделен 21 признак, который соотносился по критерию принадлежности к различным видам аффективности в выделенных когортах. Симптомы позитивной аффективности включали «душевную боль» и тоску, тревогу, интеллектуальное и двигательное торможение, суицидальные мысли, ипохондрические идеи, патологический циркадианный ритм, идеи малоценности, греховности, ущерба, а также негативную оценку настоящего, прошлого и будущего. К негативной аффективности отнесены чувство отчуждения прежних желаний, безучастность к окружающим или себе, незаинтересованность в результатах своей деятельности, ощущение ненужности, утрата смысла жизни, аутодеструктивное поведение (алкоголизм, употребление ПАВ), дисфория, ангедония, отгороженность от окружающих, окружающего мира, приглушенность чувств, психический дискомфорт с чувством умственного «оскудения» и угасание фантазии и воображения.

* Смоленская ГМА, (214019, г. Смоленск, ул. Крупской 28, каф. неврологии и психиатрии ФПК и ППС, тел. 8(4812)427237, факс 8(4812)-427235

Уровень выраженности депрессии и суицидальности оценивались с помощью стандартизированных психометрических методик – шкалы Монтгомери – Асберг (MADRS) для оценки уровня депрессии и шкалы суицидального мышления (SSI).

При обработке материала использовались методы описательной статистики, рассчитывались показатели корреляции и соотношения. В отношении статистических распределений номинальных признаков при помощи биномиального критерия проверялась гипотеза о равномерности распределения. Для проверки статистической гипотезы об отсутствии значимых различий между статистическими распределениями номинальных признаков использовался критерий χ^2 (на уровне значимости $\alpha=0,05$). Применялись методы сравнения долей и построения таблиц сопряженности. Для автоматизации расчетов применялся пакет StatGraphics Centurion XV.1 и использовались электронные таблицы программы Microsoft Office EXCEL.

Результаты. Социально-средовые факторы суицидального риска. Обследуемую группу составили 112 пациентов (средний возраст $33,1 \pm 1,2$ года), из них 54 женщины (средний возраст $32,9 \pm 1,2$ года) и 58 мужчин (средний возраст $33,1 \pm 1,2$ года). Число лиц трудоспособного возраста составило 96 чел. (85,7%), из них 50 мужчин (51,7%) и 46 женщин (48,3%). На долю лиц молодого возраста пришлось 16 человек (14,3%). Юноши и девушки распределены поровну. Городские жители от общей выборки составили 62 человека (55,4%), сельские – 50 человек (44,6%). Одним из ведущих средовых факторов является трудовая занятость. Большую часть составили неработающие лица (66,1%). Четверть часть от всех наблюдаемых имела группу инвалидности по психическому заболеванию. Гендерных различий по фактору занятости и наличию инвалидности не выявлено.

Среди суицидентов, госпитализированных в психиатрический стационар, преобладали лица со средним специальным образованием. Гендерных различий не обнаружено. Количество браков в группах КСП и КССП было практически равным (26,3% и 26,8% соответственно) и несколько меньшим в группе КСФП (21,4%). Неудовлетворенность своими материально-бытовыми условиями признавалась большинством суицидентов (68,7%). Однако, по мере нарастания суицидального риска, пациенты придавали этому фактору меньшее значение, что было отмечено в группах КССП и КСФП.

Психопатологические факторы суицидального риска. Среди суицидентов имелись психические расстройства. Лидирующие позиции по частоте встречаемости принадлежали невротическим расстройствам (30,4%), психическим нарушениям в рамках органического поражения головного мозга (27,7%), расстройствам шизофренического спектра (20,5%). Реже встречались аффективные психозы (8,0%), расстройства личности и поведения в зрелом возрасте (9,8%), болезни зависимости (3,3%). У большинства женщин диагностировались невротические расстройства (18,8%), несколько реже – расстройства шизофренического спектра (16,1%), органическое поражение головного мозга (12,5%) и аффективные психозы (6,3%). Наименьшее число лиц имело синдром зависимости от алкоголя и личностными расстройствами (по 0,9%). Среди мужчин преобладали лица с органическим поражением головного мозга (15,2%), невротическими (11,6%) и личностными (8,9%) расстройствами. Им уступали суициденты с шизофренией (4,5%), зависимостью от алкоголя (2,7%), биполярным аффективным расстройством (1,8%).

Анализ распределения психических расстройств в изучаемых когортах показал, что в группе КСП наибольшее число пациентов соответствовало рубрике невротических расстройств (40,4%). В два раза им уступали по частоте встречаемости суициденты с органическим поражением головного мозга (21,1%) и лица с расстройствами личности (17,5%). Минимальное число больных было представлено эндогенными заболеваниями: шизофренией (12,3%) и аффективными психозами (5,2%). В группе КССП чаще диагностировалось органическое поражение головного мозга (38,9%), реже (по 22,0%) – шизофрения и невротические расстройства. Суицидально-фиксированный постсуицид превалировал у больных шизофренией и органическим поражением головного мозга. Следовательно, когорты суицидентов обнаруживают не только различную нозологическую представленность, но и корреляции между степенью суицидального риска и процессуальным характером психических расстройств. Несмотря на нозологическое разнообразие психических расстройств с суицидальным поведением, общим для них является наличие

аффективной патологии. Вопросы корреляции тяжести депрессии и суицидального поведения до настоящего времени остаются недостаточно изученными.

Интерес для суицидологов представляют данные о степени выраженности депрессии и суицидального мышления по признаку нозологической принадлежности суицидентов, что предполагает наличие возможных корреляций. Наибольшие показатели выраженности депрессивных расстройств и суицидальности приходится на шизофрению, аффективные психозы, а также психические расстройства, связанные с органическим поражением головного мозга, что совпадает с распределением когорт, выделенных нами по степени суицидального риска. Первичные СП преобладали ($P<0,05$) в группах КСП (0,63) и КССП (0,61), по сравнению с группой КСФП (0,21), повторные СП преобладали в группе КСФП (0,78), что подтверждает необходимость не допускать фиксации постсуицида как предиктора повторных СП, в т.ч. самоубийства. Среди мужчин достоверных различий по числу СП в анамнезе между когортами нет. У женщин степень серьезности и фиксации суицидальных намерений коррелировала с частотой повторных СП. Статистических различий по числу СП в когортах в зависимости от нозологической принадлежности нет.

Длительность психического заболевания вызывает наибольшую психологическую дезадаптацию, в т.ч. ведущую к суицидальному поведению. В это время личность наиболее остро воспринимает болезненные изменения (эмоций, воли, когнитивных функций), которые дают ощущение несостоятельности, ущербности, невозможности справиться со своими проблемами. Это подтверждается серьезностью суицидальных намерений и тенденцией к повторным СП в первые 5 лет заболевания при первичных СП (табл.1). По мере развития психического заболевания эти различия нивелируются. Исключение составляют женщины-суициденты с депрессивными расстройствами шизофренического спектра, совершавшие повторные СП.

Таблица

Распределение количества СП в когортах суицидентов в зависимости от длительности психического заболевания

Длительность психзабол-я	КСП		КССП		КСФП		Критерий χ^2
	Абс.	Доля	Абс.	Доля	Абс.	Доля	
От 0 до 5 лет							
- первичные СП	27	0,47	21	0,51	2	0,14	0,047*
- повторные СП	17	0,29	8	0,19	6	0,43	0,196
От 6 до 10 лет							
- первичные СП	4	0,07	3	0,07	0	0	0,593
- повторные СП	4	0,07	7	0,17	1	0,07	0,255
Более 10 лет							
- первичные СП	5	0,09	1	0,02	1	0,07	0,362
- повторные СП	0	0	1	0,02	4	0,29	0,0001*

Суициденты избирали разные способы совершения СП, выбор которых на первый взгляд не имеет нозологической специфичности. Однако, как показывает практика, наиболее травматичные способы ухода из жизни избирались лицами с тяжелыми психическими расстройствами: шизофренией, аффективными психозами, органическим поражением головного мозга, эпилепсией. При органическом поражении головного мозга преобладали СП путем самоповреждений (13,4%) и самоотравлений (9,8%), при болезнях зависимости – самоповешения (1,8%), самоповреждения и самоотравления (по 0,9%), при аффективных заболеваниях – самоотравления (3,6%), при невротических расстройствах – самоотравления (15,2%), самоповреждения и самоповешения (по 7,1%), при расстройствах личности – самоповреждения (8,0%). Максимум способов зафиксирован при шизофрении, где преобладали самоповреждения (7,1%). Часты падения с высоты и самоповешения (по 3,6%), попытки самоубийства (1,8%).

Использование оценки аффективности терапии и прогноза суицидального риска. Как показывает практика, не всегда ведущий психопатологический синдром при депрессивных состояниях соотносится с высокой степенью риска самоубийства, а лекарственные средства, несмотря на общность биохимических механизмов воздействия на головной мозг, обладают неодинаковой антисуицидальной активностью [5]. Сложности курации суицидоопасного контингента и невозможность объяснить проявления депрессии нарушениями в какой-либо одной нейромедиаторной системе диктуют необходимость дальнейшего поиска клинических предикторов эффективности психофармакотерапии, осно-

ванного на знании патогенетических механизмов развития депрессивных расстройств и процесса суицидогенеза. Для этого, помимо изучения особенностей психического статуса суицидентов, использована концепция бинарной модели депрессии, учитывающая круг позитивной и негативной аффективности.

Статистически достоверные различия в когортах были выявлены для двух критериев позитивной и девяти критериев негативной аффективности ($P < 0,05$). Доля всех перечисленных признаков аффективности нарастала в когортах пропорционально серьезности суицидальных намерений, кроме дисфории и аутодеструктивных форм поведения, доля которых уменьшается. Кроме того, в каждой из когорт доля признаков аффективности оказалась различной. В группе КСП преобладали признаки аутодеструктивного поведения (0,79), интеллектуального торможения (0,74) и дисфории (0,56). Минимальное число пациентов отмечало ангедонию (0,11), двигательное торможение (0,16) и приглушенность чувств (0,19). В группе КССП доля интеллектуального торможения была еще выше (0,87). Практически одинаково часто встречались безучастность по отношению к себе и окружающим (0,65), а также незаинтересованность в результатах своей деятельности (0,63). Группа КСФП характеризовалась наличием у всех суицидентов симптомов интеллектуального торможения, что, по-видимому, препятствует решению суицидального конфликта и затрудняет выход из кризисной ситуации, способствуя тем самым закреплению суицидальных тенденций. Кроме того, по сравнению с другими когортами, обнаруживается заметное увеличение доли такого признака как отгороженность от окружающего (0,71), что также может оказывать содействие в фиксации суицидальных форм поведения за счет ограничения или неприятия помощи извне. В данной группе было наибольшее число пациентов с ангедонией (0,57). Не обнаружено достоверных статистических различий между когортами среди признаков аффективности: ожидание или предвосхищение СП, наличие суицидальной записки, распоряжения и приготовления в ожидании смерти, продолжительность суицидальных мыслей.

Формирование суицидального поведения (особенности психических и поведенческих расстройств), социальные и медицинские последствия СП зависят от многих факторов: социальных, особенностей личности, выбора способа реализации суицидальных намерений. Все это необходимо учитывать при разработке дифференцированных лечебно-диагностических, реабилитационных и профилактических мероприятий по отношению к лицам с различными формами суицидального поведения. Поэтому целесообразным и обоснованным, с нашей точки зрения, явилось комплексное изучение суицидального поведения, требовавшего госпитализации в психиатрический стационар. Во всех выделяемых нами когортах преобладали лица со средним специальным образованием. Гендерных различий по уровню образования среди суицидентов не обнаружено, что может свидетельствовать о том, что более высокий образовательный уровень носит антисуицидальный характер, как для мужчин, так и для женщин, позволяя им использовать больший диапазон возможностей для разрешения суицидального конфликта и сложившейся неблагоприятной ситуации в целом. Гендерных различий по фактору занятости и наличию инвалидности также не выявлено, что подтверждает неспецифичность защитных механизмов для социальной адаптации мужчин и женщин. Наличие инвалидности оказалась значимым как предиктор суицидального риска в когортах. Она обуславливала частоту развития депрессивных расстройств, которые сопровождалась суицидальным поведением, но и повышала степень серьезности суицидальных намерений, в т.ч. ухудшала прогноз течения постсуицидального периода.

Для комплексной оценки суицидального риска необходим учет социально-средовых факторов, которые не только оказывают влияние на формирование и проявления личностных особенностей, но и отражают адаптивные способности индивида в его социальном окружении. Одним из значимых факторов прогноза суицидальных действий, помимо выше упомянутых, явилось наличие в анамнезе СП. Выявлено, что повторные СП в одних случаях играли роль патологического паттерна, сформировавшегося у личности для разрешения текущей ситуации в свою пользу. В других, при сохранении актуальности суицидального конфликта, способствовали фиксации суицидальных тенденций, повышая вероятность хорошо продуманного способа самоубийства. Значимых статистических различий частоты СП в когортах в зависимости от нозологической принадлежности не выявлено.

Несмотря на нозологическое разнообразие психических расстройств, сопровождающихся суицидальным поведением, общим для них является наличие аффективной патологии. Наибольшие показатели выраженности депрессивных расстройств и суицидальности приходится на шизофрению, аффективные психозы, а также психические расстройства, связанные с органическим поражением головного мозга, что совпадает с распределением когорт, выделенных нами по степени суицидального риска. Тяжесть клинических проявлений депрессии оказалась различной в выделяемых когортах и соотносилась со степенью суицидального риска, серьезностью намерений уйти из жизни, в т.ч. обуславливая фиксацию суицидальных тенденций у суицидентов.

Когорты суицидентов имеют не только различную нозологическую представленность, но и взаимосвязь между степенью суицидального риска, процессуальным характером психического расстройства и выраженностью депрессивных состояний.

К группе высокого риска самоубийства можно отнести лиц с органическим поражением головного мозга, болезнями зависимости, шизофренией и аффективными психозами. К группе наименьшего риска самоубийства – пациентов с невротическими и личностными расстройствами, что не исключает у них высокой частоты демонстративно-шантажных СП. Психическое заболевание именно на начальных этапах своего формирования (в первые пять лет) вызывает наибольшую психологическую дезадаптацию, в том числе приводящую к суицидальному поведению, что подтверждается серьезностью и частотой повторных СП.

Анализ клинических особенностей депрессивных расстройств, сопровождающихся суицидальным поведением, показал, что выраженность позитивной аффективности определяет в целом агрессивные тенденции личности, которые он направляет на самого себя. Признаки негативной аффективности носят антивита́льный характер, придают идеаторную суицидальную направленность депрессивным переживаниям и, в конечном итоге, определяют серьезность суицидальных намерений. Возможно, помимо выраженности признаков аффективности, имеет значение и их соотношение. Определяющую роль в дифференцировке когорт суицидентов по степени суицидального риска играют клинические признаки негативной аффективности. Возможно, с этим связан высокий суицидальный риск при шизофрении и органическом поражении головного мозга, при которых преобладают признаки негативной аффективности. Неадекватное назначение седативной психофармакотерапии (нейролептиков, транквилизаторов) утяжеляет проявления негативной аффективности, а неадекватное применение антидепрессантов изменяет выраженность позитивной аффективности, что, в конечном итоге может привести к реализации суицидальных тенденций.

Заключение. В результате проведенного исследования показана целесообразность выделения среди лиц, госпитализированных в психиатрический стационар когорт суицидентов, различающихся между собой по степени суицидального риска, что позволяет оптимизировать суицидологическую помощь.

Учет клинических предикторов суицидального риска позволяет проводить адекватную психическому статусу пациента эффективную психофармакотерапию на различных этапах депрессивного расстройства. Данный подход определяет ключевые моменты организации помощи суицидентам: условия оказания помощи (госпитализация в психиатрический стационар, отделение пограничных состояний, консультативная помощь в диспансере и т.д.); приоритеты и объемы различных видов помощи (психофармакотерапии, психотерапии и психологической коррекции, социальной работы); решение стратегических задач по профилактике самоубийства для лиц, совершивших СП (длительность фармакотерапии, консультативного или динамического наблюдения в условиях психоневрологического диспансера, психотерапевтического центра и т.д.). Представляется необходимым и целесообразным консультирование суицидентов врачом психиатром во время нахождения в соматических и хирургических стационарах. Особое внимание должно быть уделено психофармакотерапии расстройств депрессивного спектра в амбулаторной практике с учетом динамики структуры аффективности в психическом статусе. Использование в суицидологической практике клинко-патогенетического подхода позволяет рассматривать динамику суицидогенеза на каждом из этапов развития суицидального процесса, включая пресуицидальный и постсуицидальный период.

Литература

1. Агафонов С.К. // Мат-лы XIV съезда психиатров России 2005.– С.434
2. Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А. Диагностика суицидального поведения: Метод. реком.– М., 1980.– 48 с.
3. Ваулин С.В. Клинико-эпидемиологическое изучение суицидального поведения (на материале среднего города Западного региона Российской Федерации): Дис. ... канд. мед. наук.– М., 1997.– С.154.
4. Войцех В.Ф. // Социальная и клиническая психиатрия.– М.– №3.– 2006.– С.22–27.
5. Краснов В.Н. Особенности суицидальных проявлений при циркулярных депрессиях: Сравнительно-возрастные исследования в суицидологии.– М., 1989.– С. 34–37.
6. Пантелева Г.П., Корнев А.Н. Особенности терапевтического воздействия препаратов из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина на суицидальное поведение больных эндогенной депрессией. // Психиатрия и психофармакотерапия.– Т. 4, №6.– 2002.
7. Положий Б.С. Клин. суицидол.– М.– 2006.– С.3
8. Смуглевич А.Б. и др. Психопатология депрессий (к построению типологической модели). Депрессии и коморбидные расстройства.– М., 1997.– С.28–53
9. Смуглевич А.Б. Депрессии в общей медицине: Рук-во для врачей – М.: Мед. информ. аг-во, 2001.– С.256.
10. Смуглевич А.Б. // Психиатрия и психофармакотерапия.– 2003.– Т. 5, №1.– С.2–4

DIFFERENTIAL APPROACH TO DIAGNOSIS AND THERAPY OF SUICIDAL BEHAVIOR.

S.V. VAULIN, M.V. ALEKSEEVA

Summary

One of the most important aspects in suicidology involves diagnostics and differentiation of suicidal behavior varieties associated with the individual curative and prophylactic measures in every patient. It is due to predicted world-wide depression growth which demands crucial improvement of diagnostic technologies and therapies for suicidal behavior. If using clinical pathogenetic approach in suicidologic practice the authors can master the diagnostic tools and therapies to control suicidal behavior along with the selection of certain individual predictors of therapeutic effects of certain medication groups.

Key words: suicidal behavior, clinical pathogenetic approach

УДК 616-006;616.831-005

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВОЗМОЖНОСТЕЙ СОВРЕМЕННОЙ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ И ОЦЕНКИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОПУХОЛЕВЫХ ТРОМБОВ В СИСТЕМЕ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ

С.И. ЕМЕЛЬЯНОВ*, В.А. ВЕРЕДЧЕНКО**, А.Е. МИТИЧКИН²

Ключевые слова: рак почки, венозный тромб

При раке почки у 6,5–10 % больных формируются опухолевые венозные тромбы, которые могут распространяться по почечной и нижней полой венам, достигая в отдельных случаях правого предсердия. Наличие тромба в магистральных венах является противопоказанием к выполнению лапароскопической нефрэктомии [1, 3]. Эхографическая картина тромбоза нижней полой вены характеризуется появлением в просвете образования повышенной или смешанной эхогенности с неровными и нечеткими контурами, с неоднородной структурой, в которой могут выявляться мелкие анэхогенные трубчатые образования – участки реканализации [2, 4, 6]. При доплерографии определяют признаки нарушения кровотока.

В наших наблюдениях признаки наличия опухолевых тромбов в системе нижней полой вены по данным УЗИ были выявлены в 6 случаях (рис. 1). В связи с тем, что наличие опухолевых тромбов в системе нижней полой вены является противопоказанием к выполнению хирургического вмешательства на почке из лапароскопического доступа [5, 7, 8], на предоперационном этапе все пациенты этой группы были обследованы с использова-

нием рентгеновской компьютерной и магнитно-резонансной томографии с трехмерной реконструкцией. Полученные данные позволили не только принять решение о наличии противопоказаний к хирургическому вмешательству, но и использовались в дальнейшем при выработке общего плана лечения. После введения контрастного вещества (Ultravist, 120 мл, со скоростью 3 мл/с) через 30 с выполняли сканирование в раннюю артериальную фазу от уровня верхнего полюса почки до нижнего, а через 120 с – от уровня диафрагмы до нижнего полюса почки или нижней границы опухоли (рис. 2).



Рис. 1. Ультрасонография: тромб в нижней полой вене (проксимальный край тромба указан стрелкой)



Рис. 2. РКТ (венозная фаза контрастирования): тромб в нижней полой вене (указан стрелкой)

Интервал реконструкции составлял 5 мм для нативных изображений и от 2 до 5 мм для сканов, полученных после введения контрастного вещества (рис. 3).



Рис. 3. Трехмерная реконструкция по данным РКТ (венозная фаза контрастирования, интервал реконструкции – 2 мм): тромб в нижней полой вене (указан стрелкой).

При сравнении данных до-, интра- и послеоперационного исследования показано, что при выявлении опухолевых тромбов в системе нижней полой вены чувствительность и специфичность компьютерной томографии составляет 91,9% и 81,0%, соответственно, а МРТ – 86,2% и 82,8%, соответственно. Указанные различия не были статистически значимыми. Точность методов при определении положения проксимального края тромба составила 77,4% для компьютерной томографии и 86,1 % – для МРТ.

При значительном перекрытии просвета нижней полой вены опухолевым тромбом и/или сдавлении извне (например, увеличенными лимфатическими узлами забрюшинного пространства) информативность РКТ может снизиться за счет затруднения поступления контрастного вещества и уменьшения различий в интенсивности изображения тромба и венозной крови (рис. 4).

* Московский государственный медико-стоматологический университет им. Н.А. Семашко
Дорожная клиническая больница на ст. Люблино им. Н.А. Семашко (Москва)