

О СЕРЬЕЗНОСТИ СУИЦИДАЛЬНЫХ НАМЕРЕНИЙ СРЕДИ ЛИЦ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ АЛКОГОЛЯ

**Гелда А.П., Горюшкина Е.Г., Залесская И.С., Кучко Е.В.,
Никулина Е.Ю., Роменский А.В., Рунец К.Е., Шейко Е.В.**

ГУ «РНПЦ психического здоровья»

Аутоагрессивные (фатальные и нефатальные) действия — современная медико-социальная проблема во многих странах мира, в том числе в Беларуси [6]. Зависимость лица от алкоголя является фактором высокого риска к совершению аутоагрессивных действий, в частности, суицидальных [1, 5], и риск суицидальной смертности при алкогольной зависимости составляет 11–15% [3]. В особенности наиболее высокий избыточный суицидальный риск при алкогольной зависимости отмечается у лиц с «суицидальной карьерой» (хронизацией суицидального поведения) [4]. В то же время проблема угрозы жизни вследствие совершения нефатальных суицидальных действий при различных типах суицидального поведения (первичном или повторяющемся) среди лиц с алкогольной зависимостью не является достаточно изученной.

Цель исследования — оценить серьезность суицидальных намерений (вероятность летального исхода) у лиц с алкогольной зависимостью при первичном и повторном самопокушениях.

Материал и методы. На клинической базе ГУ «РНПЦ психического здоровья» и УЗ «Больница скорой медицинской помощи г. Минска» проведено открытое сравнительное проспективное в однородных параллельных группах со стратификационной рандомизацией (да/нет хронизации суицидального поведения) клинико-суицидологическое исследование в соответствии с протоколом «Схемы интервью Европейского исследования парасуицидов» (EPSIS 5.1) [2] с анализом информации исследовательских блоков: социально-демографического, биографического, медицинского, изучения обстоятельств и мотивов совершения парасуицида. Критерии включения в исследование — верифицированные случаи суицидальных попыток у лиц с алкогольной зависимостью (F10) в ситуации переживаемого суицидоопасного кризиса с клиническими признаками невротических расстройств (F40-F43)

или настроения (F32.0-F32.1). Выборка исследования — сплошная за период времени 01.01. 2011 г. — 01.01. 2013 г. При математической обработке материалов исследования применялась вариационная статистика в программе MS Excel 2003: двухвыборочный t-тест Стьюдента для проверки гипотезы различия/сходства между средними значениями ($M \pm m$) независимых выборок и хи-квадрат Пирсона (χ^2) для оценки значимости изучаемого эффекта.

Всего в исследование при добровольном согласии был включен 241 человек, из них 117 (средний возраст: $29,6 \pm 0,7$ лет) — лица (парасуициденты) с повторными суицидальными попытками и 124 ($34,2 \pm 0,8$ лет; $P < 0,001$ при $t = 4,283$) — лица, совершившие впервые в жизни суицидальную попытку (контрольная выборка исследования). В выборке парасуицидентов с хронизацией суицидальных действий лица мужского пола были представлены 83,8% от общего числа выборки (87,9% в контрольной выборке; $P > 0,05$) и женского — 16,2% (в контроле 12,1%) ($P > 0,05$).

Результаты и обсуждение.

Клиническое статусное положение. На фоне сплошного набора всех госпитальных случаев самопокушений среди лиц с непсихотическими формами алкогольной зависимости в изучаемых выборках парасуицидентов частотное распределение по группам расстройств рубрик F10.1 и F10.2 определялось как неслучайное явление ($P = 0,028$ и $\chi^2 = 4,831$) при значимых различиях межвыборочного сопоставления по конкретной нозологической группе ($P < 0,05$ и $t = 2,202$). Верифицированный диагноз употребления алкоголя с вредными последствиями (F10.1) установлен у 19,7% лиц в выборке с повторяющимся и у 9,7% лиц в выборке с первичным суицидальным поведением (2-кратное различие показателей) и синдрома зависимости от алкоголя (F10.2), соответственно, у 80,3% и 90,3%.

В обеих исследуемых выборках у парасуицидентов при случайности распределения в ситуации переживаемого суицидоопасного кризиса преимущественно выявлялись ситуационно обусловленные расстройства адаптации с нарушением поведения (F43.24: 41,9% к 42,7% в контроле) или с

тревожно-депрессивными симптомами (совокупно F43.20-F43.22: 28,2% к 26,6%) ($P>0,05$).

По шкале депрессии Бека средний балл «депрессии» выше констатировался в выборке парасуицидентов с повторным самопокушением ($13,3\pm0,92$ балла против $11,7\pm0,77$ балла; $P>0,05$). В межвыборочном сопоставлении распределение частотности встречаемости дифференцированных уровней депрессии было явлением случайным. Нормированный показатель фиксировался у 46,0% парасуицидентов при первичном и у 39,3% – при повторном самопокушении. Случаи выхода балльного показателя за нормированные величины при показателе умеренно выраженной депрессии отмечены в 31,5% и в 35,0% случаев, соответственно, в выборках парасуицидентов при первичном и повторном самопокушении и при показателе критического уровня депрессии – в 20,2% и 20,5% случаях. Случаи явно выраженной депрессии выявлялись в 2 раза чаще при хронизации суицидального поведения (5,1% к 2,4%; $P>0,05$) и нозологически верифицировались как «легкий/умеренный депрессивный эпизод» (F32.00/F32.10).

Уровень суицидальной готовности и угроза жизни. Оценка результатов обработки шкалы суицидальных интенций (SIS) при случайности распределения явления свидетельствовала, что уровень суицидальных намерений и действий у 94,4% парасуицидентов с первичным и у 94,9% с повторным самопокушением характеризовался как низкий (0-10 баллов), соответственно, в 4,3% и 5,6% случаев как средний (11-20 баллов) и только у незначительной части парасуицидентов с повторным самопокушением (у 0,9%) соответствовал высокому (21-30 баллов) суицидальному риску.

По шкале безнадежности средний уровень суицидального риска был невысоким и выявлялся в пределах $5,7\pm0,41$ балла у лиц с первичным и $5,2\pm0,35$ балла у лиц с повторяющимся суицидальным поведением ($P>0,05$), а показатели, условно характеризующие разные уровни суицидального риска, не имели достоверной связи межвыборочного частотного распределения. Наиболее высоким являлось представительство показателя низкого суицидального риска (0-6 баллов по шкале): у 65,3% парасуицидентов с первичным и у 70,9% — с повторным

самопокушением и менее высоким представительство показателя высокого суицидального риска (14-20 баллов по шкале): соответственно, в 7,3% и 5,1% случаев.

В то же время в межвыборочном сопоставлении распределение частотности случаев суицидальных попыток в зависимости от угрозы для жизни не являлось случайным ($P=0,050$; $\chi^2=5,568$). Значимыми в контексте клинической оценки последствий для здоровья парасуицидента определялись показатели различия реальной угрозы для жизни (1,6-кратный риск при первичном самопокушении: 31,5% к 19,7% случаям; $P<0,05$ и $t=2,122$) и сомнительной (при неблагоприятном стечении обстоятельств вероятный летальный исход; 1,4-кратный риск при повторном самопокушении: 45,3% к 33,1%; $P<0,05$ и $t=1,958$). И только в 35,5% случаях парасуицида при первичном самопокушении и в 35,0% случаях при повторном при любых условиях и без оказания медицинской помощи летальный исход от самопокушения не ожидался ($P>0,05$).

Степень влияния причинных факторов самопокушения на мотивацию поступка оценена по результатам самооценки по шкале мотивов парасуицида. Балльные показатели в выборке парасуицидентов с повторным самопокушением были несколько выше (при $P>0,05$): соответственно, средняя суммарная оценка по всем пунктам утверждений – $4,3\pm 0,32$ балла против $4,1\pm 0,28$ балла, средние шкальные оценки по категориям утверждений «преимущественно манипулятивные» – $0,62\pm 0,05$ балла против $0,53\pm 0,04$ балла, «неопределенные/амбивалентные» – $0,77\pm 0,05$ балла против $0,67\pm 0,04$ балла и «стремление к смерти» – $0,55\pm 0,06$ балла против $0,50\pm 0,06$ балла.

Распределение в исследуемых выборках лиц с доминирующими манипулятивными, амбивалентными и со стремлением к смерти утверждениями (т.е. лиц с более высоким шкальным баллом в одной из трех категорий утверждений) было случайным, причем с не верификацией достоверности частот встречаемости признака (утверждений) при межвыборочном попарном сопоставлении. В то же время в выборке парасуицидентов с повторным самопокушением явно прослеживалась тенденция к накоплению частот встречаемости исследуемого признака по категориям утверждений

«манипулятивные» (1,1-кратное различие показателей: 40,2% к 37,1% случаев) и «амбивалентные» (1,1-кратное различие показателей: 47,0% к 41,1%) и к снижению накопления частот встречаемости признака по категории утверждений «стремления к смерти» (1,7-кратное различие показателей: 12,8% к 21,8%).

Выводы.

В суицидоопасной кризисной ситуации зависимость от алкоголя ассоциирована:

1. С высоким риском хронизации суицидального поведения при начальной клинической форме алкогольной зависимости (F10.1) (2-кратным: 19,7% к 9,7% случаев первичных самопокушений; $P < 0,05$).

2. Вне зависимости от типа суицидального поведения с невысоким уровнем личностной депрессии ($13,3 \pm 0,92$ балла к $11,7 \pm 0,77$ балла при первичном суицидальном поведении; $P > 0,05$) и суицидальной готовности (высокий суицидальный риск, соответственно, в 5,1% и 7,3% случаев; $P > 0,05$), но при более высоком риске (1,6-кратном) реальной угрозы для жизни первичного самопокушения (31,5% к 19,7%; $P < 0,05$).

3. Вне зависимости от типа суицидального поведения с равноценной суицидогенной нагрузкой силы влияния суицидогенных факторов (в пределах 4,1-4,3 балла мотивированной оценки) при доминирующих манипулятивных (37,1-40,2% случаев) и амбивалентных (41,1-47,0%) позициях выбора ухода из жизни, но на фоне 1,7-кратного превышения при первичном самопокушении мотиваций с потенциально высоким риском летального исхода («стремления к смерти»; 21,8% к 12,8%; $P > 0,05$).

ЛИТЕРАТУРА

1. Говорин, Н.В. Значение алкогольного опьянения и алкогольной зависимости в суицидальном поведении / Н.В. Говорин, А.В. Сахаров, А.С. Гаймоленко // Алкогольный фактор в криминальной агрессии и аутоагрессии / Н.В. Говорин, А.В. Сахаров, А.С. Гаймоленко. — Чита: Изд-во «Иван Федоров», 2009. — С. 112–143.
2. EPSIS I Version 5.1 Initial interview / A.J.F.M Kerkhof [et al.]. — Geneva: WHO Collaborating Centre for Prevention of Suicide, 1989. — 117 p.
3. Goodwin, D.W. Is alcoholism hereditary? — N.Y.: Balantine Books, 1998.

4. Gunnell, D. Prevention of suicide: aspirations and evidence / D. Gunnell, S. Frankel // Brit. Med. J. — 1994. — Vol. 308. — P. 1227–1233.
5. Lunetta, P. The role of alcohol in accident and violent deaths in Finland. / P. Lunetta, A. Penttilä, S. Sarna // Alcohol. Clin. Exp. Res. — 2001. — P. 1654–1661.
6. World Report on Violence and Health / eds. E.G. Krug. — Geneva: World Health Organization, 2002. — 346 p.

ВЛИЯНИЕ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЕМ НА КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ С НАЛИЧИЕМ МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ ВОЗБУДИТЕЛЯ

**Гельберг И.С., Вольф С.Б., Авласенко В.С., Алексо Е.Н.,
Шевчук Д.В., Демидик С.Н., Чалая Е.В., Шейфер Ю.А.**

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

В настоящее время наиболее важной и нерешенной проблемой фтизиатрии является туберкулез с наличием множественной лекарственной устойчивости (МЛУ) микобактерии туберкулеза (МБТ), называемый МЛУ - ТБ, частота которого имеет тенденцию к нарастанию. За 5 лет число этих больных увеличилось в 4 раза [9]. В Гродненской области, по отчетным данным, в 2012 году уровень МЛУ-ТБ среди впервые выявленных бактериовыделителей составил 36,3%, среди всех бактериовыделителей - 63,6%. Эффективность лечения МЛУ-ТБ значительно ниже и обходится в десятки раз дороже [1, 2, 5, 12].

Большое значение имеет также проблема наличия при туберкулезе отягощающих факторов, негативно влияющих как на распространенность заболевания, так и на эффективность его лечения. На первом месте среди этих факторов по частоте и клинической значимости стоит злоупотребление алкоголем. У лиц с алкогольной зависимостью, с одной стороны, увеличивается уровень заболеваемости туберкулезом, с другой, отмечается более тяжелое его течение, снижение эффективности лечения, и отсюда повышается летальность [3,4,6,7,8,9,10,11].