

Выводы:

1. Подростки, страдающие алкогольной зависимостью, отличаются от сверстников, не имеющих алкогольных проблем, наличием сопутствующей психопатологической симптоматики.

2. Среди психопатологических симптомов у подростков, страдающих алкогольной зависимостью, наиболее актуальные и специфические – «межличностная сензитивность», «тревожность» и «соматизация», отражающие проблемы в эмоционально-вегетативном функционировании и проблеме коммуникативных отношений.

3. Полученные данные желательно учитывать при проведении лечебных и профилактических мероприятий у данного контингента.

Литература

1. Егоров А. Ю., Игумнов С. А. Расстройства поведения у подростков: клинико-психологические аспекты. СПб.: Речь, 2005. 436 с.

2. Наркология: национальное руководство/под ред. Н. Н. Иванца, И. П. Анохиной, М. А. Винниковой. - Москва: ГЭОТАР - Медиа, 2008. – 720 с.

3. Руководство по ведению протоколов Белорусского индекса тяжести аддикции (B-ASI) / В. Б. Поздняк [и др.] // Белорусский наркологический проект [Электронный ресурс]. – Минск, 2001. – Режим доступа: <http://www.beldrug.org>.

4. Comorbidity of affective disorders and alcohol use disorder/D. Pringuey [et al.] // L'Encéphale. – 2014. – Vol. 40, №. 3. – P. 3–7.

МЕТОД НОРМОКСИЧЕСКОЙ ЛЕЧЕБНОЙ КОМПРЕССИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ОТМЕНЫ АЛКОГОЛЯ

Копытов Д. А., Скугаревская М. М., Копытов А. В.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Актуальность. Синдром алкогольной зависимости (АЗ) сопряжен с серьезными психическими и физическими расстройствами, связанными с высоким риском смерти. Цели лечения для пациентов с синдромом отмены алкоголя (СОА) состоят в том, чтобы уменьшить симптомы абстиненции, предотвратить судороги, алкогольный делирий, смерть, подготовить пациента к длительному воздержанию от употребления алкоголя. Адекватное и быстрое лечение уменьшает тяжесть последующих эпизодов отмены и риск того, что пациент возобновит употребление алкоголя.

Применение исключительно ЛС способствует порой формированию нежелательных последствий для соматической и когнитивной сфер. Вследствие массивной инфузионной и симптоматической медикаментозной терапии зачастую происходит увеличение интоксикационной нагрузки на организм, что может усугублять уже имеющиеся нарушения в психическом и соматическом

статусе пациента. Поэтому разработка эффективных, лечебных мероприятий по коррекции нарушенных функций организма при СОА до настоящего времени не перестает быть актуальной задачей наркологии.

Цель исследования – разработать комплексный метод лечения синдрома отмены алкоголя с использованием нормоксической лечебной компрессии для повышения эффективности лечебного процесса.

Методы исследования. Обследованы 160 пациентов в состоянии СОА степени тяжести: 56 чел. составили основную группу (ОГ); 62 чел. – группу сравнения (ГС); 42 чел. – контрольную группу (КГ). Все пациенты страдали АЗ и находились на стационарном лечении в ГУ «РНПЦ психического здоровья». Из клинической группы лиц, которым проводилось лечение только с помощью применения ЛС, выбыли 10 чел., которые досрочно прекратили терапию в связи с отсутствием желаемого эффекта и скорости купирования текущего состояния СОА. Данные пациенты исключены из исследования.

Участников исследования методом рандомизации с использованием компьютерного вычисления случайных чисел распределили на три группы: основная группа (ОГ) получала комплексное лечение (стандартная терапия лекарственными средствами – СТЛС – в сочетании с НЛК); группа сравнения (ГС) – комплексное лечение (СТЛС в сочетании с ГБО); группа контроля (КГ) – терапию в соответствии с протоколами оказания медицинской помощи.

Средний возраст пациентов в исследуемых группах не имел статистически значимых различий и составил: в ОГ – $38,3 \pm 1,3$ года; в ГС – $40,2 \pm 1,3$ года; в КГ – $38,8 \pm 1,3$ года. Лица мужского пола составляли 83,1%, женского – 16,9%, в исследуемых группах, соответственно: ОГ – 83,93 и 16,07%; ГС – 85,49 и 14,51%; КГ – 80,96 и 19,04%.

Исследуемые группы не различались между собой по количеству лиц с наличием хронических соматических заболеваний: в ОГ – 12,5%; в ГС – 17,1%; в КГ – 19,4% (внутри каждой из групп). Не было различий между группами по долевого внутригрупповому распределению лиц с наличием в анамнезе опыта длительного приема ЛС: в ОГ – 12,5%; в ГС – 17,1%; в КГ – 25%. В исследуемых группах имелись пациенты, страдающие гепатитами: в ОГ – 6,3%; в ГС – 17,1%; в КГ – 5,8%. Курили: в ОГ – 56,3%; в ГС – 97,1%; в КГ – 94,1%. Среди участников во всех группах не было субъектов, употреблявших ранее и на момент поступления другие психоактивные вещества, кроме алкоголя. Стаж употребления алкоголя в группах: ОГ – $16,5 \pm 2,1$ года; ГС – $20,9 \pm 2,6$ года; КГ – $17,6 \pm 2,2$ года. Средняя продолжительность запоев: ОГ – $13,5 \pm 2,3$ дня; ГС – $14,6 \pm 1,7$ дня; КГ – $14,6 \pm 1,7$ дня.

Методы исследования: клинический с динамическим наблюдением за состоянием исследуемых; психометрический; статистический.

Основные клинические характеристики синдрома отмены анализировались ежедневно. Пациентам всех групп для купирования СОА производилось назначение ЛС в соответствии с Клиническим протоколом оказания медицинской помощи пациентам с психическими и поведенческими

расстройствами. Для оценки выраженности проявлений СОА использовалась шкала CIWA-A – оценочная шкала выраженности симптомов СОА [1]. Методика НЛК проводилась с использованием портативной барокамеры VITAERIS-320. Портативная барокамера VITAERIS-320 имеет регистрационное удостоверение Министерства здравоохранения Республики Беларусь (регистрационный номер декларации соответствия: ТС № ВУ/112 11.01. ТР 020 029 00740 от 11.03.2015) и соответствует требованиям технического регламента Таможенного союза («Электромагнитная совместимость технического средства» ТР ТС 020/2011).

Результаты и их обсуждение. *Изменение патологического влечения к алкоголю при синдроме отмены алкоголя в процессе лечения.*

В результате статистической обработки данных, полученных по «Шкале патологического влечения к алкоголю», произведена оценка эффективности соответствующих лечебных мероприятий, которые были проведены во всех группах. Критерием оценки эффективности определенного терапевтического воздействия был абсолютный показатель в баллах в первый, второй, третий и седьмой день пребывания в стационаре. Применение в комплексном лечении СОА метода НЛК, по сравнению с применением только методов СТЛС, позволяло эффективнее снижать степень тяжести ПВА от момента начала терапии. Это происходило после первого дня лечения, преимущественно за счет вегетативной ($p < 0,05$), с третьего дня – аффективной ($p < 0,05$) составляющей ПВА. Применение в комплексном лечении СОА метода ГБО, по сравнению только со СТЛС, позволяло эффективнее снижать степень тяжести ПВА с третьего дня комплексной терапии. Это происходило преимущественно за счет аффективной составляющей ПВА, а на пятый день терапии – также за счет вегетативной и идеаторной составляющих.

Сравнивая результаты эффективности купирования ПВА при СОА у лиц ОГ и ГС, следует отметить, что применение НЛК в комплексном лечении было более эффективным, по сравнению с ГБО, в отношении снижения тяжести ПВА преимущественно за счет вегетативного компонента, а преимущество ГБО перед НЛК – за счет аффективного.

Изменение купирования психопатологической симптоматики при синдроме отмены алкоголя. Произведена оценка по «Шкале динамики психопатологических расстройств в алкогольном абстинентном синдроме, постабстинентном состоянии, ремиссии». Оценка состояния по всем психопатологическим симптомам в динамике в каждой из групп и сравнительная межгрупповая оценка эффективности применяемых процедур производилась ежедневно. Основным критерий эффективности – показатель количества дней, в течение которых происходило купирование того или иного психопатологического симптома. У пациентов ОГ в более короткие сроки, по сравнению с субъектами КГ, происходило купирование «осознаваемой потребности в алкоголе», «дисфории», «заторможенности», «неустойчивости внимания», «выраженной истощаемости (утомляемости)». Это может

свидетельствовать о более быстром купировании как явлений потребности в алкоголе, гипостенической астении с явлениями дисфории при использовании в комплексном лечении метода НЛК, а также в некоторой степени замедляло купирование эмоциональных реакций (тревоги, напряженности, подавленности) по сравнению с применением СТЛС. Сравнительный анализ пациентов ГС с субъектами КГ показал, что купирование симптомов «осознаваемая потребность в алкоголе», «напряженность», «тревожность», «дисфория», «подавленность», «заторможенность», «расстройства сна (бессонница)», «неустойчивость внимания», «чувство вины», «выраженная истощаемость (утомляемость)», «пониженный фон настроения» происходило в более короткие сроки. Это может свидетельствовать о более быстром купировании практически всех психопатологических симптомов, за исключением эмоциональной лабильности, гиперестезии, ажитации при использовании ГБО+ СТЛС.

Сравнивая результаты лечения СОА у лиц ОГ и ГС, следует отметить, что применение ГБО в комплексном лечении психопатологических симптомов СОА было более эффективно, по сравнению с НЛК, в отношении купирования эмоциональных реакций «напряженности», «тревожности», «подавленности», «чувства вины», «пониженного настроения». Оба метода кислородотерапии, применяемые в комплексном лечении со СТЛС, не имели преимущества друг перед другом в отношении купирования таких симптомов, как «осознаваемая потребность в алкоголе», «дисфория», «выраженная истощаемость (утомляемость)», «неустойчивость внимания».

Динамика соматоневрологических нарушений при синдроме отмены алкоголя в процессе лечения. У субъектов ОГ и ГС, по сравнению с КГ ($p<0,05$), быстрее происходило купирование «обложенности языка». Преимуществ между методами НЛК и ГБО при коррекции соматических нарушений при СОА не выявлено. Включение в комплексное лечение СОА метода НЛК позволяет быстрее ($p<0,05$) произвести купирование соматических симптомов со стороны ЖКТ в виде «диареи» и «отрыжки». Применение НЛК в комплексном лечении СОА,

по сравнению со СТЛС, позволяло быстрее купировать «головную боль», «нистагм», выполнение «координаторных проб» ($p<0,05$). Применение ГБО в комплексном лечении СОА, по сравнению со СТЛС, позволяло быстрее купировать «головную боль», «нистагм», «атаксию» ($p<0,05$). Сравнительный анализ ГБО и НЛК в комплексном лечении СОА позволяет констатировать преимущества ГБО перед НЛК по более быстрому купированию «головной боли» и «атаксии», НЛК в отношении выполнения «координаторных проб».

Выводы. Применение метода НЛК в комплексе со СТЛС СОА, по сравнению с применением СТЛС, позволяет более эффективно снижать тяжесть общего патологического влечения к алкоголю: с первого дня терапии – преимущественно за счет вегетативной и идеаторной ($p<0,05$), а с третьего дня – аффективной ($p<0,05$) составляющей ПВА. НЛК более эффективна после

первого дня лечения, в сравнении с методом ГБО, для купирования вегетативного и идеаторного компонентов патологического влечения к алкоголю ($p < 0,05$), а ГБО – перед НЛК за счет аффективного компонента.

Метод НЛК в комплексном лечении СОА, по сравнению с применением только СТЛС, позволяет уменьшить сроки купирования: «осознаваемая потребность в алкоголе» ($p < 0,05$), «заторможенность», «неустойчивость внимания», «дисфория» ($p < 0,05$), «выраженная истощаемость (утомляемость)» ($p < 0,05$), «неустойчивость внимания» ($OR = 9,4$; 95% CI [1,1-81,7]; $p < 0,05$). Метод НЛК в комплексном лечении менее эффективен, по сравнению с ГБО, в отношении купирования показателей «напряженность» ($p < 0,05$), «тревожность» ($p < 0,05$), «чувство вины» ($p < 0,05$), «расстройства сна (бессонница)» ($p < 0,05$).

Включение в комплексное лечение метода НЛК позволяет быстрее (по сравнению с СТЛС терапией только лекарственными средствами или ее сочетанием с ГБО) произвести более быстрое купирование диареи ($p < 0,05$) и отрыжки ($p < 0,05$). По сравнению с СТЛС, применение НЛК в комплексном лечении синдрома отмены алкоголя средней степени тяжести позволяло быстрее купировать головную боль, нистагм, выполнение координаторных проб ($p < 0,05$).

Литература

1. Наркология: нац. рук. / под ред. Н. Н. Иванца, И. П. Анохиной, М. А. Винниковой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 720 с.
2. Lieber, C. S. Alcohol and the liver: metabolism of alcohol and its role in hepatic and extrahepatic diseases / C. S. Lieber // Mt. Sinai J. Med. 2000. – Vol. 67, № 1. – P. 84–94.
3. Лелевич, С. В. Нарушения метаболизма глюкозы в скелетной мускулатуре крыс в динамике алкогольного абстинентного синдрома / С. В. Лелевич, А. Н. Бородинский // Вопросы наркологии. – 2008. – № 5. – С. 87–92.
4. Кондрашенко, В. Т. Алкоголизм / В. Т. Кондрашенко, А. Ф. Скугаревский; под ред. П. П. Волкова. – Минск: Беларусь, 1983. – 288 с.

КРАТКОСРОЧНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Королева Е. Г.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Актуальность. Краткосрочная терапия содержит тщательно подобранную последовательность психотерапевтических программ, обусловленную необходимостью решения проблемы комплексно, начиная с ее истоков. Так, к примеру, курс «Управление гневом и тревогой» как компонент когнитивно-бихевиоральной психотерапии, не будет эффективным без предварительной коррекции виктимности в случае сформировавшейся агрессивной виктимной