

Д. А. Копытов<sup>1,2</sup>, М. М. Скугаревская<sup>2</sup>, А. В. Копытов<sup>3</sup>

## **ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДОВ КИСЛОРОДОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ ПРИ СИНДРОМЕ ОТМЕНЫ АЛКОГОЛЯ**

*Центр пограничных состояний УЗ ГКПД,<sup>1</sup>*

*ГУ РНПЦ психического здоровья,<sup>2</sup>*

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»<sup>3</sup>*

---

*Состояние отмены алкоголя относится к одним из тяжелых последствий употребления алкоголя и одним из ключевых симптомов алкогольной зависимости. Эффективное купирование данного синдрома представляет одну из актуальных задач наркологии. Применение исключительно лекарственных средств иногда способствует формированию некоторых нежелательных последствий для соматической и когнитивной сферы. В статье представлены данные клинического исследования купирования психопатологической симптоматики при синдроме отмены алкоголя с применением комплексного лечения стандартизированных методов лекарственной терапии в сочетании с методами кислородотерапии (гипербарическая оксигенация и нормоксическая лечебная компрессия). Произведена сравнительная оценка эффективности применения данных методов лечения при указанной патологии. Установлены закономерности и преимущества каждого из применяемых методов. Результаты исследования могут иметь место для их применения в практическом здравоохранении.*

**Ключевые слова:** *синдром отмены алкоголя, лечение, гипербарическая оксигенация, нормоксическая лечебная компрессия, психопатология.*

***D. A. Kopytsov, M. M. Skuharewskaja, A. V. Kopytsov***

## ***APPLICATION OF OXYGEN THERAPY METHODS IN COMPREHENSIVE TREATMENT OF PSYCHOLOGICAL SYMPTOMATICS AT ALCOHOL WITHDRAWAL SYNDROME***

*Alcohol withdrawal status is one of the serious consequences of drinking alcohol and one of the key symptoms of alcohol dependence. Effective relief of this syndrome is one of the urgent tasks of narcology. The use of exclusively medicines sometimes contributes to the formation of some undesirable consequences for the somatic and cognitive sphere. The article presents data from a clinical study of the relief*

*of psychopathological symptoms in the case of alcohol withdrawal using the integrated treatment of standardized methods of drug therapy in combination with oxygen therapy methods (hyperbaric oxygenation and normoxic therapeutic compression). A comparative assessment of the effectiveness of the use of these methods of treatment for the specified pathology. The laws and advantages of each of the methods used are established. The results of the study may have place for their application in practical public health.*

**Key words:** *alcohol withdrawal syndrome, treatment, hyperbaric oxygenation, normoxic therapeutic compression, psychopathology.*

Алкогольная зависимость (АЗ) является тяжелым расстройством, связанным с употреблением алкоголя, и на эту проблему зачастую впервые обращают внимание, когда у человека появляются симптомы синдрома отмены алкоголя (СОА) после прекращения употребления алкоголя, либо дисфункциональные отношения в семье, патологическое влечение к алкоголю, ухудшение физического и психического здоровья, обусловленные потреблением алкоголя. Среди лиц, злоупотребляющих алкоголем, распространено заблуждение, что прекращение употребления алкоголя вызывает больше проблем, чем его продолжение. Это может быть частично «верно» для тех, у кого развилась зависимость, поскольку они могут испытывать симптомы алкогольной абстиненции, включая вегетативное возбуждение, галлюцинации, судороги и белую горячку. Многие люди недооценивают или сводят к минимуму свое алкогольное поведение, поскольку у них, как правило, симптомы СОА развиваются тогда, когда они госпитализируются с другими соматическими проблемами, а не с АЗ.

В отделения интенсивной терапии (ОИТ) ежедневно поступают пациенты с АЗ или злоупотребляющие алкоголем в состоянии острого опьянения или в предагональных состояниях, связанных с алкогольными заболеваниями печени и другими соматическими осложнениями. Эпидемиологические исследования показывают, что 7 % населения США злоупотребляют или страдают АЗ, и около 24 % взрослых пациентов, страдающих АЗ, доставлялись в ОИТ [9]. В другом исследовании представлено, что пациенты с осложнениями от употребления алкоголя в ОИТ городских общесоматических больниц составили около 21 % [6]. АЗ и СОА являются ведущими причинами заболеваемости и смертности в США [7]. Исходя из этого, исследователи и организаторы здравоохранения признали, что люди, злоупотребляющие алкоголем, имеют множество связанных с ним медицинских проблем. Это приводит к большому количеству поступлений в ОИТ, койко-дней, проведенных в стационаре, и общему несоразмерному

количеству затраченных медицинских ресурсов [8]. Кроме того, СОА в сочетании с другими заболеваниями или травмами значительно увеличивает смертность пациентов [5]. У пациентов с АЗ имеет место высокий риск развития осложнений в связи с развивающимся СОА, который зачастую скрывается под маской неспецифических жалоб. Таким образом, важно, чтобы врачи ОИТ понимали, что значительная часть пациентов в ОИТ подвержена риску возникновения СОА и могут нуждаться в целевом лечении СОА во время их пребывания в ОИТ.

СОА – состояние человека, возникающее после прекращения длительного употребления алкогольных напитков или большого их количества в течение непродолжительного времени. Встречается во II и III стадии АЗ. СОА сопровождается вегетативными, соматическими, неврологическими и психическими нарушениями.

Цель: на основании применения методов НЛК и ГБО в сочетании со стандартизированной терапией для купирования психопатологической симптоматики при синдроме отмены алкоголя произвести оценку эффективности их применения для оптимизации лечебного процесса.

Задачи исследования:

- 1) изучить психопатологическую симптоматику при синдроме отмены алкоголя в динамике при лечении методами фармакотерапии;
- 2) изучить психопатологическую симптоматику при синдроме отмены алкоголя в динамике при лечении методами НЛК и фармакотерапии;
- 3) изучить психопатологическую симптоматику при синдроме отмены алкоголя в динамике при лечении методами фармакотерапии и ГБО;
- 4) провести сравнительный анализ эффективности применения методов фармакотерапии и комбинированных методов фармакотерапии в сочетании с методами кислородотерапии;
- 5) обосновать необходимость комбинированного лечебного воздействия методов фармакотерапии в сочетании с методами кислородотерапии при купировании психопатологической симптоматики алкогольного абстинентного синдрома.

**Материалы и методы.** Обследовано 140 пациентов в состоянии отмены алкоголя. Все пациенты страдали алкогольной зависимостью и находились на стационарном лечении в государственном учреждении «Республиканский научно-практический центр психического здоровья»: 62 человека прошли ГБО (ГС2) и 56 НЛК (ГС1) вместе с симптоматической фармакотерапией лекарственными средствами (ЛС), 42 – ЛС в соответствии с протоколами оказания медицинской помощи (КГ). Средний возраст пациентов в исследуемых группах не имел статистически значимых отличий и составил, соответственно: в ГС1 –  $38,3 \pm 1,3$  лет; в ГС2 –  $40,2 \pm 1,3$  лет; в КГ –  $38,8 \pm 1,3$  лет. У каждого пациента исследованы: клинические, психологические, нейропсихологические, биохимические параметры в динамике. Основные клинические характеристики синдрома отмены анализировались ежедневно. Биохимические и психологические 1, 3 и 7 дни с момента поступления. В представленной выборке из сельской местности 39,7 %, из городской 60,3 %. По уровню образования: среднее – 30,6 %; среднее-специальное – 56,5 %; высшее – 12,9 %. Исследуемые группы не отличались между собой по количеству лиц (внутри каждой из групп) с наличием хронических соматических заболеваний: в КГ – 19,4 %; в ГС2 – 17,1 %; в ГС1 – 12,5 %. Не было отличий между группами по долевого внутригрупповому распределению лиц, с наличием в анамнезе опыта длительного приема лекарственных средств: в КГ – 25%; в ГС2 – 17,1 %; в ГС1 – 12,5 %. В исследуемых группах имелись пациенты, страдающие гепатитами: в КГ – 5,8 %; в ГС2 – 17,1 %; в ГС1 – 6,3 %. Курили: в КГ – 94,1 %; в ГС2 – 97,1 %; в ГС1 – 56,3 %. Среди участников исследуемых групп не было субъектов, употреблявших ранее и на момент поступления другие психоактивные вещества, кроме алкоголя. Стаж употребления алкоголя в группах: в КГ –  $17,6 \pm 2,2$  лет; в ГС2 –  $20,9 \pm 2,6$  лет; в ГС1 –  $16,5 \pm 2,1$  лет. Средняя продолжительность запоев: в КГ –  $14,6 \pm 1,7$  дней; в ГС2 –  $14,6 \pm 1,7$  дней; в ГС1 –  $13,5 \pm 2,3$  дней.

Основными методами исследования являлись клиничко-психопатологический метод с динамическим наблюдением за состоянием больных, психометрический, лабораторно-биохимический и клиничко-статистический. Для оценки выраженности проявлений СОА использовалась шкала CIWA – A (Clinical Institute for Withdrawal Assessment – for Alcohol) – оценочная шкала выраженности

симптомов СОА [4]. На основании выраженности симптомов СОА и степени проявления симпато-адреналовой реактивности производилось включение пациентов с неосложненным синдромом отмены средней степени тяжести в исследование. У пациентов всех исследуемых групп на момент проведения первого медицинского вмешательства сумма баллов по шкале CIWA находилась в диапазоне 16–20 баллов, что соответствовало СОА средней степени тяжести и являлось одним из значимых критериев включения в исследование.

Клиническая верификация и диагностика АЗ проводилась квалифицированными специалистами в соответствии с диагностическими (исследовательскими) критериями МКБ-10 (наличие по крайней мере 3 из 6 критериев АЗ, наблюдавшихся в течение 1 месяца или периодически повторяющиеся в течение 12 месяцев, объективизированных двумя независимыми источниками) и показателями > 20 баллов по AUDIT (тест на выявление нарушений, связанных с употреблением алкоголя) [1].

Изучение анамнестических данных, включая и предшествующие особенности течения заболевания, оценка качества и эффективности клинической динамики синдрома отмены алкоголя (СОА) на фоне проводимых методов лечения производилось с помощью Белорусского индекса тяжести аддикции для клинического применения и обучения («Б-ИТА», версия 2.3-3.01.2001) [3].

Оценка динамики клинических симптомов СОА производилась с первых дней поступления пациентов в стационар ежедневно.

Для комплексной оценки СОА применялись следующие инструменты: «Шкала динамики психопатологических расстройств в алкогольном абстинентном синдроме, постабстинентном состоянии, ремиссии» [1].

Всем участникам сообщали в устной форме о цели исследования, предполагаемых результатах, добровольности их участия и законодательных актах, строго предусматривающих конфиденциальность получаемой информации. Только лиц, соглашающихся участвовать в исследовании, после получения этой информации, включали в работу. Протоколы исследования включали согласие на участие в исследовании, на основе полученной информации.

Анкетирование проводилось отдельно с каждым пациентом. Участникам давались гарантии неразглашения тайны сообщенных сведений.

Во время консультирования анкетирование дополнялось клинической беседой, в процессе которой уточнялись сведения, изложенные в анкете.

Обследование проводилось при наличии несложного синдрома отмены алкоголя средней степени тяжести. Последнее употребление алкоголя у обследуемых имело место за день до поступления на стационарное лечение. Клиническое обследование соматического статуса проводится по общепринятой схеме: выявляются жалобы, изучается анамнез жизни и наличия заболеваний. Особое внимание при этом уделяется выяснению наличия эпилептикоподобных, заболевающих ЛОР-органов.

Абсолютными критериями исключения из исследования являлись: непроходимость евстахиевых труб; повышенная температура тела; эпилепсия; клаустрофобия; онкологические заболевания; острые воспалительные процессы; тяжелые сердечно-сосудистые заболевания; кровотечения и травмы; беременность.

Относительные критерии исключения: острые психотические нарушения, синдром отмены в связи с употреблением других ПАВ (кроме алкоголя), деменции, расстройства сознания, иные состояния, мешающие выполнению целенаправленной деятельности.

Статистическая обработка результатов исследования производилась при помощи статистического пакета программы STATISTICA 10.0 (SN: BXXR207F383502FA-D). Некоторые данные обрабатывались с помощью программы SPSS-17.0 for Windows. Для оценки нормальности распределения использовался критерий Колмогорова-Смирнова. С учетом нормальности распределения применялись методы параметрической статистики. Сравнение средних значений в группах проводилось с помощью однофакторного дисперсионного анализа (ANOVA). Сравнение групп по качественному бинарному признаку проводилось с использованием критерия  $\chi^2$ , рассчитывали отношение шансов и 95 % доверительный интервал [2]. Различия между группами по статистическим показателям считали значимыми при  $p < 0,05$ .

**Результаты и обсуждение.** Субъектам всех исследуемых групп проведены различные виды оказания помощи по поводу СОА. В результате проведенного исследования произведена статистическая обработка данных полученных по «Шкале динамики психопатологических расстройств в алкогольном абстинентном синдроме, постабстинент-

ном состоянии, ремиссии» для оценки эффективности проведенных лечебных мероприятий. Клиническая оценка состояния производилась ежедневно по всем психопатологическим симптомам, включенным в данный опросник. На основании полученных результатов произведена оценка динамики состояния и сравнительная межгрупповая оценка эффективности применяемых процедур. Основным критерием оценки эффективности применения определенного терапевтического воздействия являлся показатель количества дней, в течение которых происходило купирование того или иного психопатологического симптома. Данные представлены в таблице 1.

Анализируя данные таблицы 1, следует отметить, что пациенты всех групп проходили стандартную терапию лекарственными средствами в соответствии с протоколами оказания помощи, а субъекты ГС1 и ГС2 дополнительно сеансы НЛК и ГБО (соответственно). Поэтому, при сравнительном анализе эффективности различных методов оказания помощи целесообразно сравнить результаты у лиц ГС1 с данными КГ и ГС2. Это позволит определить эффективность применения НЛК или ГБО при применении этих методов в комплексном подходе со стандартизированной терапией, а также применения НЛК или ГБО между собой в сочетании с ЛС.

Учитывая результаты статистического анализа данных (таблица 1) у пациентов ГС1 в более короткие сроки, по сравнению с субъектами КГ, происходило купирование «осознаваемой потребности в алкоголе» (аналог патологического влечения к алкоголю), «дисфории», «заторможенности», «неустойчивости внимания», «выраженной истощаемости (утомляемость)». Это может свидетельствовать о более быстром купировании явлений астении при использовании в комплексном лечении метода НЛК. С другой стороны, применение НЛК в комплексном лечении СОА в некоторой степени замедляло купирование эмоциональных реакций (тревоги, напряженности, подавленности) по сравнению с применением терапии только лекарственными средствами.

Учитывая результаты статистического анализа данных (таблица 1) у пациентов ГС2 в более короткие сроки, по сравнению с субъектами КГ, происходило купирование симптомов «напряженности», «тревожности», «дисфории», «подавленности», «заторможенности», «расстройства сна», «чувства вины», «неустойчивости внимания», «выраженной истощаемости (утомляемость)», «пониженного фона



**Таблица 1. Показатели количества дней, в течение которых происходило купирование психопатологических симптомов по «Шкале динамики психопатологических расстройств в алкогольном абстинентном синдроме, постабстинентном состоянии, ремиссии», на фоне проводимого лечения в исследуемых группах**

Психопатологический симптом	Группы			F	p
	ГС1(1)	ГС2 (2)	КГ(3)		
1. Осознаваемая потребность в алкоголе	1,9 ± 0,19	2,1 ± 0,11	2,7 ± 0,25	3,34	$P_{1,2-3} < 0,05$
2. Моторное возбуждение, ажитация	0,8 ± 0,15	1,0 ± 0,11	2,7 ± 0,16	0,75	-
3. Напряжённость	2,6 ± 0,22	2,1 ± 0,15	2,8 ± 0,16	3,91	$P_{2-1,3} < 0,05$
4. Тревожность	3,1 ± 0,19	2,6 ± 0,12	3,3 ± 0,14	3,94	$P_{2-1,3} < 0,05$
5. Дисфория	1,1 ± 0,20	1,4 ± 0,27	2,1 ± 0,26	3,38	$P_{1-2,3} < 0,05$
6. Подавленность	0,9 ± 0,18	0,7 ± 0,12	1,3 ± 0,18	3,02	$P_{1-2,3} < 0,05$
7. Эмоциональная лабильность	2,1 ± 0,23	2,3 ± 0,14	2,7 ± 0,24	1,39	-
8. Заторможенность	0,4 ± 0,13	0,6 ± 0,13	1,2 ± 0,26	5,35	$P_{1-2,3} < 0,05$
9. Расстройства сна (бессонница)	2,4 ± 0,23	1,7 ± 0,09	2,5 ± 0,21	5,44	$P_{2-1,3} < 0,05$
10. Чувство вины	1,8 ± 0,28	0,6 ± 0,13	0,8 ± 0,18	9,26	$P_{1-2,3} < 0,05$
11. Выраженная истощаемость (утомляемость)	1,1 ± 0,21	1,1 ± 0,17	2,0 ± 0,26	5,19	$P_{1,2-3} < 0,05$
12. Гиперестезия	0,3 ± 0,10	0,4 ± 0,08	0,3 ± 0,11	0,54	-
13. Неустойчивость внимания	0,9 ± 0,15	1,1 ± 0,11	1,9 ± 0,23	8,08	$P_{1,2-3} < 0,05$
14. Пониженный фон настроения	2,4 ± 0,26	1,3 ± 0,19	1,8 ± 0,26	6,49	$P_{1-2,3} < 0,05$

настроения». Это может свидетельствовать о более быстром купировании явлений острой органической астении и эмоциональных нарушений при использовании в комплексном лечении метода ГБО.

Сравнивая результаты лечения СОА у лиц ГС1 и ГС2, следует отметить, что применение ГБО в комплексном лечении психопатологических симптомов СОА было более эффективно, по сравнению с НК, в отношении купирования эмоциональных реакции «напряжённости», «тревожности», «подавленности», «чувства вины», «пониженного настроения» и пониженного фона настроения, и оба метода кислородотерапии не имели преимущества друг перед другом в отношении купирования таких психопатологических симптомов, как «осознаваемая потребность в алкоголе», «дисфория», «выраженная истощаемость (утомляемость)», «неустойчивость внимания».

Актуальность большинства психопатологических симптомов по «Шкале динамики психопатологических расстройств в алкогольном абстинентном синдроме, постабстинентном состоянии, ремиссии» в КГ значительно уменьшалась к концу вторых или на третьи сутки от начала проведения лечебных мероприятий. Данный критерий условно взят за основу для оценки эффективности проводимой терапии при расчете долевого распределения лиц, в исследуемых группах, у которых произошло полное купирование психопатологических симптомов до этого срока.

В результате статистической обработки данных получено распределение субъектов на две подгруппы: первая подгруппа лица, у которых произошло купирование психопатологических симптомов до 3 суток, и вторая подгруппа – пациенты, у которых купирование психопатологических симптомов СОА произошло после 3 суток. Далее представлены статистические данные для лиц, у которых произошло купирование симптоматики в исследуемых группах до 3 суток: «осознаваемая потребность в алкоголе» в КГ – 65,9 %, ГС2 – 96,7 %, ГС1 – 96,7 % ( $\chi^2 = 17,9$ ;  $p < 0,05$ ); «моторное возбуждение, ажитация» в КГ – 100 %, ГС2 – 100 %, ГС1 – 96,4 %; «напряжённость» в КГ – 73,2 %, ГС2 – 95,0 %, ГС1 – 75,0 % ( $\chi^2 = 10,9$ ;  $p < 0,05$ ); «тревожность» в КГ – 71,0 %, ГС2 – 85,0 %, ГС1 – 73,2 % ( $\chi^2 = 7,5$ ;  $p < 0,05$ ); «дисфория» в КГ – 78,0 %, ГС2 – 76,7 %, ГС1 – 89,3 %; «подавленность» в КГ – 97,6 %, ГС2 – 100 %, ГС1 – 96,4 %; «эмоциональная лабильность» в КГ – 63,4 %, ГС2 – 88,3 %, ГС1 – 80,4 % ( $\chi^2 = 9,2$ ;  $p < 0,05$ ); «заторможенность» в КГ – 92,7 %, ГС2 – 98,3 %, ГС1 – 98,2 %; «расстройства сна (бессонница)» в КГ – 87,8 %, ГС2 – 98,3 %, ГС1 – 71,4 % ( $\chi^2 = 17,6$ ;  $p < 0,05$ ); «чувство вины» в КГ – 95,1 %, ГС2 – 96,7 %, ГС1 – 80,4 % ( $\chi^2 = 10,3$ ;  $p < 0,05$ ); «выраженная истощаемость (утомляемость)» в КГ – 82,9 %, ГС2 – 96,7 %, ГС1 – 87,5 % ( $\chi^2 = 5,5$ ;  $p < 0,05$ ); «гиперестезия» в КГ – 100 %, ГС2 – 100 %, ГС1 – 100 %; «неустойчивость внимания» в КГ – 85,4 %, ГС2 – 98,3 %, ГС1 – 98,2 % ( $\chi^2 = 10,4$ ;

$p < 0,05$ ); «пониженный фон настроения» в КГ – 82,9 %, ГС2 – 88,3 %, ГС1 – 87,5 % ( $\chi^2 = 9,2$ ;  $p < 0,05$ ).

Полученные данные свидетельствуют о том, что применение метода НЛК в комплексном лечении СОА по сравнению с методами фармакотерапии (КГ) является более приоритетным методом для более быстрого купирования таких психопатологических симптомов, как «осознаваемая потребность в алкоголе», «эмоциональная лабильность», «неустойчивость внимания», но менее эффективен в отношении «расстройства сна (бессонница)», «чувства вины». Метод ГБО в комплексном лечении СОА по сравнению со стандартизированными методами, применяемыми в КГ, является более актуальным для более быстрого купирования у большинства лиц с СОА средней степени тяжести таких психопатологических симптомов, как «осознаваемая потребность в алкоголе», «напряжённость», «тревожность», «эмоциональная лабильность», «выраженная истощаемость (утомляемость)», «неустойчивость внимания». При оценке методов НЛК и ГБО в вышеописанном формате сравнительной оценки, следует отметить преимущество ГБО в отношении более продуктивного купирования таких симптомов, как «напряжённость», «тревожность», «расстройство сна (бессонница)», «чувство вины».

Произвели расчет отношения шансов в отношении прогностической эффективности применяемых методов лечения для купирования психопатологических симптомов СОА у субъектов исследуемых групп. По сравнению со стандартизированными методами фармакотерапии, прогностическая эффективность комплексного метода НЛК в сочетании со стандартизированной терапией лекарственными средствами повышает эффективность купирования синдромов «осознаваемая потребность в алкоголе» в 3,11 раза (OR = 3,11; 95 % CI [1,16–8,4];  $p < 0,05$ ), «неустойчивость внимания» в 9,4 раза (OR = 9,4; 95 % CI [1,1–81,7];  $p < 0,05$ ). По сравнению со стандартизированными методами фармакотерапии, прогностическая эффективность комплексного метода ГБО в сочетании со стандартизированной терапией лекарственными средствами повышает эффективность купирования синдромов «осознаваемая потребность в алкоголе» в 3,11 раза (OR = 3,11; 95 % CI [3,2–70,8];  $p < 0,05$ ), «напряжённость» в 6,9 раза (OR = 6,9; 95 % CI [1,8–26,9];  $p < 0,05$ ), «тревожность» в 3,6 раза (OR = 3,6; 95 % CI [1,4–9,3];  $p < 0,05$ ),

«эмоциональная лабильность» в 4,4 раза (OR = 6,9; 95 % CI [1,6–12,0];  $p < 0,05$ ), «истощаемость» в 5,9 раза (OR = 5,9; 95 % CI [1,2–30,4];  $p < 0,05$ ), «неустойчивость внимания» в 10,1 раза (OR = 9,4; 95 % CI [1,2–87,5];  $p < 0,05$ ). Сравнение прогностической эффективности двух методов кислородотерапии при их применении в сочетании со стандартизированной терапией лекарственными средствами позволяет утверждать о большей эффективности применения ГБО для купирования синдромов: «напряжённость» в 6,3 раза (OR = 6,3; 95 % CI [1,7–23,5];  $p < 0,05$ ), «тревожность» в 3,6 раза (OR = 3,6; 95 % CI [1,4–9,3];  $p < 0,05$ ), «нарушение сна» в 23,6 раза (OR = 23,6; 95 % CI [3,0–185,1];  $p < 0,05$ ), «чувство вины» в 7,1 раза (OR = 7,1; 95 % CI [1,5–33,6];  $p < 0,05$ ), «снижение настроения» в 3,4 раза (OR = 3,4; 95 % CI [1,5–10,2];  $p < 0,05$ ).

### Выводы

1. Применение метода НЛК в сочетании со стандартизированной терапией лекарственными средствами при СОА (по сравнению с терапией только лекарственными средствами) позволяет уменьшить сроки купирования следующих психопатологических симптомов (в основном когнитивного спектра) – «осознаваемая потребность в алкоголе», «дисфория», «заторможенность», «неустойчивость внимания», «выраженная истощаемость (утомляемость)», но существенно не влияло на темп динамики эмоциональных нарушений (тревожность, напряжённость, пониженный фон настроения, чувство вины).

2. Применение метода ГБО в сочетании со стандартизированной терапией лекарственными средствами при СОА (по сравнению с терапией только лекарственными средствами) позволяет уменьшить сроки купирования следующих психопатологических симптомов: «осознаваемой потребности в алкоголе», «напряжённости», «тревожности», «дисфории», «подавленности», «заторможенности», «расстройства сна», «чувства вины», «неустойчивости внимания», «выраженной истощаемости (утомляемость)», «пониженного фона настроения».

3. Результаты лечения психопатологических симптомов СОА у лиц с применением методов кислородотерапии в комплексном лечении с лекарственными средствами показывает более эффективные результаты ГБО, по сравнению с НЛК, в отношении купирования эмоциональных реакций, но отсутствуют преимущества между мето-

## □ Оригинальные научные публикации

дами в отношении купирования патологического влечения к алкоголю и симптомов абстинентной органической астении, преимущественно когнитивного регистра.

4. Метод НЛК в сочетании с методами фармакотерапии является более приоритетным, по сравнению с применением только лекарственной терапии, для купирования «осознаваемой потребности в алкоголе», «эмоциональной лабильности», «неустойчивости внимания», но менее эффективен в отношении «расстройства сна (бессонница)», «чувства вины».

5. Метод ГБО в сочетании с методами фармакотерапии, по сравнению с применением только лекарственной терапии, является более приоритетным для купирования «осознаваемой потребности в алкоголе», «напряжённости», «тревожности», «эмоциональной лабильности», «выраженной истощаемости (утомляемости)», «неустойчивости внимания».

6. Сравнение методов ГБО и НЛК в комплексном лечении с методами фармакотерапии не имеют специфических преимуществ для купирования психопатологических нарушений при СОА, кроме купирования эмоциональных психопатологических нарушений, где более приоритетным является включение метода ГБО в комплексную терапию.

7. Применение методов НЛК и ГБО в сочетании с методами фармакотерапии позволяет оптимизировать и улучшить эффективность оказания помощи при купировании психопатологических нарушений при синдроме отмены алкоголя.

## Литература

1. *Наркология: национальное руководство* / под ред. Н. Н. Иванца, И. П. Анохиной, М. А. Винниковой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 720 с.
2. *Наследов, А. Д. SPSS: компьютерный анализ данных в психологии и социальных науках* / А. Д. Наследов. – СПб.: Питер, 2007. – 416 с.
3. *Руководство по ведению протоколов Белорусского индекса тяжести аддикции (B-ASI) [Электронный ресурс]* / В. Б. Поздняк [и др.] // Белорусский наркологический проект. – Минск, 2001. – Режим доступа: <http://www.beldrug.org>.
4. *Assessment of alcohol withdrawal: The revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-Ar)* / J. T. Sullivan [et al.] // *British Journal of Addiction*. – 1989. – № 89. – P. 1353–1357.
5. *Dawson, D. A. Alcohol consumption, alcohol dependence, and all cause mortality* / D. A. Dawson // *Alc. Clin. Exp. Res.* – 2000. – Vol. 24, № 1. – P. 72–81.
6. *Marik, P. Alcohol-related admissions to an inner city hospital intensive care unit* / P. Marik, B. Mohedin // *Alcohol and Alcohol*. – 1996. – Vol. 31. – P. 393–396.
7. *Mokdad, A. H. Actual causes of death in the United States* / A. H. Mokdad. – 2000. – Vol. 291, № 10. – P. 1238–1245.
8. *Umbricht-Schneiter, A. Alcohol abuse: comparison of two methods for assessing its prevalence and associated morbidity in hospitalized patients* / A. Umbricht-Schneiter, P. Santora, R. D. Moore // *Am J. Med.* – 1991. – Vol. 91, № 2. – P. 110–118.
9. *Whiteman, P. J. Alcoholism in the emergency department: an epidemiologic study* / P. J. Whiteman, R. S. Hoffman, L. R. Goldfrank // *Acad. Emerg. Med.* – 2000. – Vol. 7, №1. – P. 14–20.