

Беридзе Р.М.

РИСКИ ЛЕКАРСТВЕННОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ БЕНЗОДИАЗЕПИНОВ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ОТМЕНЫ АЛКОГОЛЯ

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Романова И.С.²

¹*Кафедра анестезиологии и реаниматологии*

Гомельский государственный медицинский университет, г. Гомель

²*Кафедра клинической фармакологии*

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Синдром отмены алкоголя (СОА) – состояние, возникающее вследствие резкой отмены длительной алкоголизации. Неотложная помощь пациентам с СОА в Республике Беларусь оказывается в соответствии с клиническим протоколом Министерства Здравоохранения от 08.11.2022 года №108 «Оказание медицинской помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления психоактивных веществ (взрослое и детское население)», а также клиническим протоколом №99 от 23.08.2021 года «Оказание медицинской помощи пациентам в критических для жизни состояниях». Основной группой препаратов для интенсивной терапии СОА являются бензодиазепины (БЗД), а препаратом выбора – диазепам. Согласно клиническому протоколу №99, диазепам рекомендуется вводить внутривенно, максимальная суточная доза – 1-1,5 мг/кг/сутки. Диазепам метаболизируется в печени посредством изоферментов цитохрома P450 и имеет высокий риск межлекарственного взаимодействия.

Цель: проанализировать лекарственные взаимодействия бензодиазепинов с другими препаратами, которые получали пациенты в отделении анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии (ОАРИТ) с целью купирования СОА.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 137 историй болезни пациентов с СОА, госпитализированных в ОАРИТ учреждения здравоохранения (г. Гомель) в 2024 году. Критерии включения: пациенты от 18 до 75 лет, госпитализированные в ОАРИТ (без предшествующего лечения в других учреждениях здравоохранения и психиатрических отделениях) в первые сутки.

Результаты и их обсуждение. Из 137 проанализированных историй болезней 118 (86%) соответствовали критериям включения (указаны выше). Среди них 91 человек мужского пола (77%) и 27 – женского (23%). Средний возраст мужчин составил 44,7 лет, женщин – 48,4 лет. Среднее количество койко-дней в ОАРИТ – 2,1 дня (от 1 до 7 дней, у мужчин среднее количество койко-дней – 2,0 дня, у женщин – 2,17 дня). Большая часть пациентов (62 человека, 53%) госпитализированы с диагнозом F10.52 «Психотическое расстройство вследствие употребления алкоголя, преимущественно галлюцинаторное». Среди сопутствующих заболеваний наиболее часто встречались: травмы, раны (18%), артериальная гипертензия (13%), алкогольно-токсический гепатит (11%), ишемическая болезнь сердца (8%), энцефалопатия, жировой гепатоз, анемия (по 7%). Пациенты получали широкий спектр сопутствующей терапии; ключевыми препаратами являлись: блокаторы протонной помпы (применялись в 90% случаев), бета-адреноблокаторы (45%), силимарин (80%). Данные препараты ингибируют цитохром P450 (посредством CYP2C19), что снижает метаболизм диазепама и усиливает его эффекты. В 33 случаях (28%) требовалось дополнительное назначение диазепама. Средняя суточная доза составила 73,76 мг, что является верхней границей нормы по клиническому протоколу №108. Из 117 пациентов 22 (19%) получили суточную дозу диазепама, превышающую максимально разрешенную по клиническому протоколу №99, что является ключевым фактором риска глубокой медикаментозной седации и развития нежелательных эффектов.

Выводы. Оценка состояния пациентов производилась на основании клинической картины и личного опыта врача без использования международных шкал (CIWA-Ar, AUDIT, CAGE). Терапия сопутствующих заболеваний влияет на фармакокинетику диазепама и должна учитываться в алгоритме фармакотерапии СОА.