

Беридзе Р.М.

ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ СТАРТОВОГО РЕЖИМА ДОЗИРОВАНИЯ БЕНЗОДИАЗЕПИНОВ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ОТМЕНЫ АЛКОГОЛЯ В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЕНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ, РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

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

Кафедра анестезиологии и реаниматологии

Гомельский государственный медицинский университет

Кафедра клинической фармакологии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Основной группой препаратов для интенсивной терапии синдрома отмены алкоголя (СОА) являются бензодиазепины (БЗД). Влияние БЗД на течение СОА предположить трудно в виду многих факторов. Отсутствие точных схем дозирования бензодиазепинов у данной группы пациентов повышает риск глубокой седации, что является ключевым фактором риска развития аспирационной (в виду ухудшения контроля за верхними дыхательными путями) и гипостатической (в виду адинамии) пневмоний.

Цель: оптимизация режима дозирования бензодиазепинов у пациентов с синдромом отмены алкоголя в условиях ОАРИТ с целью достижения медикаментозной седации, при которой нормализуется психический статус без риска развития аспирационной и гипостатической пневмоний, на основании фено-генотипических детерминант.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 43 историй болезни пациентов с СОА, пролеченных в учреждении здравоохранения (г. Гомель, Республика Беларусь) за период с января по март 2024 года.

Результаты и их обсуждение. Бензодиазепины (в частности – диазепам) являются препаратами выбора лечения всех форм СОА согласно клиническому протоколу №99 Министерства Здравоохранения Республики Беларусь, в котором режим дозирования диазепама в инъекционной форме при АД: «2,5-10 мг каждые 5-10 минут; поддерживающая доза – 2,5-10 мг при необходимости каждый час, либо инфузия; максимальная суточная доза у пациентов без ИВЛ – 1-1,5 мг/кг/сутки». Отсутствие дозировок, разделения на пути введения ставит перед врачами-анестезиологами-реаниматологами вопрос: как построить грамотную стратегию интенсивной терапии СОА? На данный момент лечение является эмпирическим, что требует от клиницистов индивидуального подхода. Из 43 пациентов, поступивших в учреждение здравоохранения с разными формами СОА, 37 человек (86%) нуждались в госпитализации в ОАРИТ, 6 человек (14%) были госпитализированы в психиатрические отделения. Выборка пациентов, пролеченных в ОАРИТ, включала 29 мужчин (78,4%) и 8 женщин (21,6%); средний возраст всех пациентов – 47,6 лет, мужчин – 46,7 лет, женщин – 50,6 лет. Среднее количество койко-дней в ОАРИТ составило 3,2 дня. В результате лечения 4 человека (10,8%) переведены в другие учреждения здравоохранения для профильного лечения (3 человека с пневмонией, 1 – постреанимационной болезнью).

Всем пациентам (n=37) назначался диазепам, кроме одного случая поступления в ОАРИТ с угнетенным сознанием и десатурацией. Кратность введения диазепама варьировала от 1 до 9 раз в сутки в стандартной разовой дозе 20 мг. Средняя суточная доза диазепама составила 70 мг; 6 пациентов из 37 (16,2%) получили суточную дозу, превышающую максимально разрешенную согласно клиническому протоколу МЗ РБ №99, что является ключевым фактором риска глубокой медикаментозной седации и развития нежелательных эффектов. Монотерапия тиопенталом (off-label) применялась в 4 клинических случаях (11%).

Выводы. На основании ретроспективного анализа установлен широкий диапазон суточных доз диазепама. Определение фено-генотипических детерминант, направленное на оптимизацию режимов дозирования БЗД, позволит уточнить подходы к стартовой терапии СОА в отделении ОАРИТ, улучшит прогноз выздоровления и сократит экономические затраты.