

На момент перевода пациентов для дальнейшего лечения из отделения реанимации и интенсивной терапии в общее психиатрическое отделение у 3 (1,5 %) пациентов установлено нарушение сознания, у 8 (4 %) пациентов – нарушение внимания, у 9 (4,5 %) пациентов – нарушение восприятия, у 40 (20 %) пациентов – нарушение мышления, у 32 (16 %) пациентов – нарушение памяти, у 5 (2,5 %) пациентов – психомоторное возбуждение, что свидетельствует о высокой эффективности проводимой медикаментозной терапии.

Выводы

В результате анализа медикаментозной терапии пациентов в состоянии отмены алкоголя с делирием установлено, что 99,5 % случаях требуется длительная терапия высокими дозами галоперидола, а также в 100 % случаях требуется терапия высокими дозами бензодиазепинов, что указывает на тяжелое течение данной патологии. В 8 % случаях требуется дополнительная глубокая седация препаратами неингаляционного наркоза, ввиду отсутствия положительной динамики на проводимое лечение, что указывает на трудности подбора медикаментозного лечения и необходимость пребывания пациентов в отделение реанимации и интенсивной терапии. Значительный удельный вес пациентов нуждается в использовании вспомогательной медикаментозной терапии для профилактики и лечения состояния отмены алкоголя. Общая продолжительность лечения пациентов нейролептиками и бензодиазепинами в отделение реанимации и интенсивной терапии составила 4–5 дней.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Valerie J. Page and E. Wesley Ely: Delirium in Critical Care / Valerie J. Page and E. Wesley Ely – Second edition; Cambridge: Cambridge University Press, 2015. – 256 p.
2. Trzepacz PT. The neuropathogenesis of delirium. A need to focus our research // Psychosomatics. – 1994. – Jul-Aug; № 35(4). – P. 374-91. doi: 10.1016/S0033-3182(94)71759-X. PMID: 7916159.
3. Об утверждении клинического протокола «Оказание медицинской помощи пациентам в критических для жизни состояниях»: Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь 23.08.2021 № 99/ Законодательство Республики Беларусь / Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь. – Минск, 2021.
4. Ouimet S, Kavanagh BP, Gottfried SB, Skrobik Y. Incidence, risk factors and consequences of ICU delirium. Intensive Care Med. – 2007. – Jan; № 33(1). – P. 66–73. doi: 10.1007/s00134-006-0399-8. Epub 2006 Nov 11. PMID: 17102966.
5. Milbrandt EB, Deppen S, Harrison PL, Shintani AK, Speroff T, Stiles RA, Truman B, Bernard GR, Dittus RS, Ely EW. Costs associated with delirium in mechanically ventilated patients // Crit Care Med. – 2004. – Apr № 32(4). – P. 955.

УДК 616.89-052:616.89-008.441.13]-074/-076

В. И. Дымович, А. О. Алисейко

Научный руководитель: ассистент Т. П. Пицко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ОЦЕНКА ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ СОСТОЯНИЯ ОТМЕНЫ АЛКОГОЛЯ С ДЕЛИРИЕМ

Введение

В настоящее время в наркологии приобретает особое значение поиск новых специфических маркеров тяжести состояния отмены алкоголя с делирием, позволяющих прогнозировать течение заболевания, а также своевременно проводить коррекцию терапии. Существуют относительные клинические критерии течения алкогольного делирия, в то же время значительно менее изучены прогнозирующие лабораторные показатели, которые позволили бы избежать субъективности в оценке клинического состояния у данной категории пациентов [1, 2].

По результатам исследования ряда зарубежных авторов, установлена прогностическая значимость уровня кортизола и серотонина на тяжесть течения абстинентного синдрома с делирием [3]. Однако ввиду сложности выполнения данных лабораторных исследований, а также их высокую стоимость, имеется необходимость для практического здравоохранения определить набор доступных лабораторных маркеров для более точной диагностики степени тяжести течения данного состояния. Также требует особого внимания гепатотоксическое действие этанола, проявляющееся синдромом цитолиза гепатоцитов, что может приводить к отдаленным последствиям в виде метаболической энцефалопатии [4].

Цель

Оценить лабораторные показатели у пациентов в состоянии отмены алкоголя с делирием, а также выявить независимые предикторы тяжести данного состояния.

Материал и методы исследования

В ходе настоящего исследования методом случайной выборки был проведен ретроспективный анализ 200 медицинских карт стационарного пациента учреждения «Гомельская областная клиническая психиатрическая больница» с диагнозом: состояние отмены алкоголя с делирием, за период январь – декабрь 2022 год. Ввиду распределения данных близких к нормальному, для оценки количественных показателей использовалась медиана (Me), первый и третий квартили [Q1; Q3]. При оценке лабораторных показателей использовалась Me, 5-й и 95-й перцентили [P5; P95]. Для выявления предикторов тяжести состояния использовался метод ранговых корреляций Спирмена, статистически значимыми считались результаты при р-уровне значимости < 0,05. Статистическая обработка данных производилась с помощью прикладного программного обеспечения Statistica 10.0 2011 года.

Результаты исследования и их обсуждения

В исследуемую группу вошли 45 (22,5 %) женщин и 155 (77,5 %) мужчин. Возраст пациентов по Me составил 43 [35; 52] лет. 198 (99 %) были доставлены в стационар бригадой скорой медицинской помощи, 2 (1 %) пациента были доставлены родственниками. На момент первичного осмотра дежурным врачом приемного отделения у 176 (88 %) пациентов установлено состояние средней степени тяжести, у 24 (12 %) – тяжелое. Ввиду тяжести состояния все пациенты были госпитализированы в реанимационное отделение.

Среднее количество койко-дней проведенное пациентами в стационаре составило 11,5 дня, в отделении реанимации и интенсивной терапии – 2,5 дня.

Результаты анализа основных гематологических лабораторных показателей у пациентов на момент госпитализации в реанимационное отделение представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Основные гематологические лабораторные показатели на момент госпитализации

Показатель	Результаты статистического анализа, Me [P5;P95]	
	женщины	мужчины
Эритроциты, 10 ¹² /л	4,13 [3,4; 5,06]	4,23 [3,16; 5,17]
Гемоглобин, г/л	134 [106; 153]	139,5 [109; 164]
Тромбоциты, 10 ⁹ /л	169 [105; 278]	
Лейкоциты, 10 ⁹ /л	8 [4,6; 15,1]	
СОЭ, мм/ч	15 [5; 40]	9 [3; 45]
АлАТ, ЕД	46,3 [19,4; 208,1]	49,9 [20,2; 172]
АсАТ, ЕД	72,1 [26,1; 240,9]	81,6 [27,4; 273,3]

Окончание таблицы 1

Показатель	Результаты статистического анализа, Ме [P5;P95]	
	женщины	мужчины
Мочевина, моль/л	4,6 [2,2; 14,2]	
Креатинин, мкмоль/л	76,9 [63; 128,25]	
Билирубин, мкмоль/л	15,7 [8,7; 75,6]	
Глюкоза, ммоль/л	6,2 [4,25; 9,62]	
Na, ммоль/л	139,3 [129,5; 148,2]	
K, ммоль/л	4,06 [3,12; 5,15]	
Cl, ммоль/л	106 [91,2; 113,5]	

При анализе прогностических лабораторных показателей, сопряженных с тяжестью состояния на момент госпитализации методом ранговых корреляций, были получены статистически значимые результаты, указывающие на прямую зависимость тяжести течения делирия от уровня активности аспартатаминотрансферазы (АсАТ). Результаты анализа представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Результаты рангового корреляционного анализа связи между тяжестью состояния пациентов и активностью АсАТ

Переменные	Число наблюдений	Спирмена - R	t (N-2)	p-уровень
Тяжесть состояния & активность АсАТ	194	0,163575	2,297513	0,022668

Лечение пациентов в отделении реанимации и интенсивной терапии проводилось согласно действующему клиническому протоколу «Оказание медицинской помощи пациентам в критических для жизни состояниях» МЗ РБ № 99 от 23 августа 2021 года.

Результаты анализа основных гематологических лабораторных показателей у пациентов на момент окончания интенсивной терапии и перевода для дальнейшего лечения в общее психиатрическое отделение представлены в таблице 3.

Таблица 3 – Основные гематологические лабораторные показатели пациентов на момент окончания интенсивной терапии

Показатель	Результаты статистического анализа, Ме [P ₅ ;P ₉₅]	
	женщины	мужчины
Эритроциты, 10 ¹² /л	4,01 [2,8; 4,9]	4,06 [3,1; 5]
Гемоглобин, г/л	125,5 [94; 152]	136,5 [105; 157]
Тромбоциты, 10 ⁹ /л	167 [105,5; 348]	
Лейкоциты, 10 ⁹ /л	7,3 [4,05; 17,1]	
СОЭ, мм/ч	15 [5; 34]	15 [4; 50]
АлАТ, ЕД	48,7 [24,5; 149,5]	58,5 [24,8; 206,1]
АсАТ, ЕД	67,6 [24,5; 239,5]	94 [27,6; 358,5]
Мочевина, моль/л	4,5 [2,3; 9,7]	
Креатинин, мкмоль/л	71,9 [61,7; 117,7]	
Билирубин, мкмоль/л	15,7 [9,1; 72,6]	
Глюкоза, ммоль/л	5,49 [4,4; 7,85]	
Na, ммоль/л	140,2 [134; 146,3]	
K, ммоль/л	4,07 [3,04; 4,96]	
Cl, ммоль/л	107,2 [97,6; 114,9]	

Выводы

В ходе настоящего исследования установлено, что биохимическая активность трансаминаз как у пациентов мужского пола, так и у женского, на момент госпитализации превышает нормальные показатели в 2–3 раза, в отдельных случаях – до 10 раз, а также остается несколько завышенной после проведения дезинтоксикационной терапии. Также установлено, что тяжесть течения абстинентного синдрома с делирием напрямую зависит от уровня активности АсАТ, что указывает на необходимость более длительной дезинтоксикационной терапии у данной категории пациентов, во избежание таких отдаленных последствий, как снижение когнитивных функций вследствие метаболической энцефалопатии.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Goodson CM, Clark BJ, Douglas IS. Predictors of severe alcohol withdrawal syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. – 2014. – № 38.10. – P. 2664–2677.
2. Eyer F, Schuster T, Felgenhauer N, Pfab R, Strubel T, Saugel B, Zilker T. Risk assessment of moderate to severe alcohol withdrawal – predictors for seizures and delirium tremens in the course of withdrawal // *Alcohol and Alcoholism*. 2011. – № 46:4. – P. 4270433.
3. Vinogradov DB, Sinitskiy AI. Laboratory predictors of delirium tremens severity. *ZhurnalNevrologiiiPsikhiatriiimeni S.S. Korsakova*. 2015;115(42):913. doi: 10.17116/jnevro2015115429-13.
4. Nikonov EL, Aksenov VA. Hepatic encephalopathy // *Russian Journal of Evidence-Based Gastroenterology*. – 2017. – № 6(4). – P. 2531. – doi.org/10.17116/dokgastro20176425-31.

УДК 616.895:378.6-057.875

А. А. Ефимова, А. В. Харкович

Научный руководитель: д.м.н., доцент И. М. Сквиря

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПРИЗНАКОВ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Введение

Переменчивая современная жизнедеятельность человека, непрерывное влияние на него неблагоприятных факторов, а также повышение требований к проявлению определенных качеств содействуют развитию различных аффективных расстройств. Одним из ключевых признаков аффективных расстройств считается нарушение настроения [1].

К сожалению, в настоящее время наблюдается прирост признаков аффективных расстройств среди студентов медицинского университета, что требует раннего выявления, так как именно будущие врачи должны быть живым примером здоровой, красивой и разумной жизни.

Депрессивный синдром в большинстве случаев характеризуется основной триадой признаков снижения психической деятельности: печальным, подавленным настроением, замедленным мышлением, моторной заторможенностью. Проявления данной триады могут быть разнообразными, отражая обширный диапазон депрессий – от простой печали вплоть до глубочайшей подавленности [2].

Гипомания является мягкой формой мании, которая проявляется гипертимическим аффектом, в некоторых случаях с явлениями эйфории, ускорением умственных процессов с повышенной раздражительностью, разговорчивостью, физической активностью, уменьшением продолжительности ночного сна. Гипомания ощущается субъектом как состояние естественного подъема. Критика, как правило, затруднена [3].