

государственный университет» (гуманитарный профиль) и «Гомельский государственный медицинский университет» (медицинский профиль) ( $p < 0,05$ ). А наименьший средний балл по исследуемой шкале отмечался у студентов медицинского профиля. Следовательно, студенты математического профиля более склонны к депрессивным состояниям, чем студенты гуманитарного и медицинского профиля. Также об этом свидетельствует выявление истинного депрессивного состояния – 4 (20 %) студента, обучающихся в БГУИР.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Иванов, Д. Е. Влияние учебной нагрузки на уровни депрессии и тревоги у студентов вуза / Д. Е. Иванов, Г. Р. Колоколов // Медицина труда и промышленная экология. – 2019. – №59. – С. 634–635.
2. Филиппова, И. Д. Изучение риска развития депрессивных состояний в студенческой среде / И. Д. Филиппова // Смоленский медицинский альманах. – 2021. – № 4. – С. 211–214.

УДК 615.2:616.89-008.441.13-052.6

**В. И. Дымович, А. О. Алисейко**

*Научный руководитель: ассистент Т. П. Пицко*

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

### **АНАЛИЗ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ СОСТОЯНИЯ ОТМЕНЫ АЛКОГОЛЯ С ДЕЛИРИЕМ**

#### ***Введение***

Синдром отмены алкоголя проявляется такими симптомами как: тревога, возбуждение, непереносимость света и шума, адренергическая гиперактивность (тошнота, дрожь, артериальная гипертензия, тахикардия), развитием делирия. До сегодняшнего дня патогенез делирия остается предметом научного поиска. Считается, что одним из его звеньев является дисбаланс между холинергической и дофаминергической системами, в частности, снижение уровня ацетилхолина и увеличение уровня дофамина [1]. Важным доказательством правильности этой гипотезы является достаточно высокая клиническая эффективность галоперидола – мощного блокатора дофаминергической системы мозга [2].

Согласно постановлению Министерства здравоохранения Республики Беларусь «Оказание медицинской помощи пациентам в критических для жизни состояниях» № 99 от 23 августа 2021 года, начальная доза галоперидола, для лечения состояния отмены алкоголя с делирием, составляет от 0,5 мг в легких случаях, до 10 мг в более тяжелых, с последующим добавлением препарата до достижения клинического эффекта [3]. Максимальную суточную дозу галоперидола назвать чрезвычайно сложно: период его полувыведения составляет от 12 до 35 часов, что и является причинами сложности подбора адекватной дозы. Сама по себе интенсивная терапия делирия является независимым предиктором более длительного пребывания пациентов в отделении реанимации и более высокой стоимости его лечения [4, 5]. Ввиду вышеизложенного, анализ медикаментозной терапии пациентов в состоянии отмены алкоголя с делирием, позволит оптимизировать и, в конечном итоге, улучшить результаты их лечения, а также сократить длительность пребывания в отделении реанимации и интенсивной терапии.

#### ***Цель***

Проанализировать длительность и особенности медикаментозной терапии у пациентов с диагнозом: состояние отмены алкоголя с делирием

#### ***Материал и методы исследования***

Методом случайной выборки был проведен ретроспективный анализ 200 медицинских карт стационарного пациента учреждения «Гомельская областная клиническая пси-

хиатрическая больница» с диагнозом: состояние отмены алкоголя с делирием, за 2022 год. Ввиду распределения данных близких к нормальному, для оценки количественных показателей использовалась медиана (Me), первый и третий квартили [Q1; Q3]. Статистическая обработка данных производилась с помощью прикладного программного обеспечения Statistica 10.0 2011 года.

В анализируемую группу вошли 45 (22,5 %) женщин и 155 (77,5 %) мужчин. Возраст пациентов по Me составил 43 [35; 52] лет.

#### **Результаты исследования и их обсуждения**

На момент первичного осмотра дежурным врачом приемного отделения у 100 % пациентов было диагностировано нарушение сознания, восприятия и мышления. У 198 (99 %) пациентов диагностировано психомоторное возбуждение, у 178 (89 %) – нарушение внимания, у 122 (61 %) – нарушение памяти. Ввиду осложнения абстинентного состояния делирием, все пациенты были госпитализированы в отделение реанимации и интенсивной терапии.

В качестве медикаментозной терапии делирия 199 (99,5 %) пациентам был назначен галоперидол, стартовая доза которого в 100 % случаев составила 5 мг, 1 (0,5 %) пациенту был назначен хлорпротиксен, стартовая доза которого составила 15 мг. Максимальная суточная доза галоперидола по Me составила 10 мг [5; 15], хлорпотиксена – 15 мг. Общая продолжительность лечения пациентов нейролептиками по Me составила 4 дня [3; 6].

В совокупности с нейролептиками, для купирования синдрома отмены алкоголя и седации, в 100 % случаях использовались бензодиазепины (диазепам), максимальная суточная дозы которых по Me составила 60 мг [40; 80]. Длительность терапии диазепамом по Me составила 5 дней [4; 7].

У 16 (8 %) пациентов, ввиду недостаточной эффективности бензодиазепинов и нейролептиков, была применена глубокая седация с использованием препарата для ингаляционного наркоза тиопентала натрия.

Подробный перечень используемой вспомогательной медикаментозной терапии для профилактики и лечения состояния отмены алкоголя с делирием представлен в таблице 1. Таблица 1 – Перечень используемой вспомогательной медикаментозной терапии у пациентов в состоянии отмены алкоголя с делирием

Наименование лекарственного препарата (ЛП)	Количество пациентов нуждавшихся в ЛП
Тиамин (В <sub>1</sub> )	200 (100 %)
Пиридоксин (В <sub>6</sub> )	178 (89 %)
Цианокобаламин (В <sub>12</sub> )	175 (87,5 %)
Магния сульфат	174 (87 %)
Калия хлорид	97 (48,5 %)
Метопролол	76 (38 %)
Карбамазепин	41 (20,5 %)
Лизиноприл	39 (19,5 %)
Фуросемид	23 (11,5 %)
Эналаприл	16 (8 %)
Эмоксипин	8 (4 %)
Эноксапарин	7 (3,5 %)
Бисопролол	6 (3 %)
Амлодипин	4 (2 %)
Маннит	4 (2 %)
Аторвастатин	3 (1,5 %)
Пентоксифиллин	3 (1,5 %)
Моксонидин	3 (1,5 %)

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].