

Ялонецкий И.З.,* Прасмыцкий О.Т.,* Дашкевич А.Н.,* Климович О.В.,*
Старовойтова С.О.,* Абашева Г.К.*

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО АНТИГИПОКСАНТА «ЦИТОФЛАВИН» В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ СИНДРОМА ОТМЕНЫ АЛКОГОЛЯ

Минск, Белорусский государственный медицинский университет, УЗ «6-я ГКБ г.Минска»[†]*

Одним из основных вопросов интенсивной терапии тяжелого синдрома отмены алкоголя (СОА), является лечение тканевой гипоксии и ее последствий, нормализация реологических свойств крови и детоксикация.

Цель нашего исследования - изучение возможности оптимизировать интенсивную терапию синдрома отмены алкоголя путем применения антигипоксанта «Цитофлавин» (производство ООО «НТФФ «Полисан», Санкт-Петербург, Россия).

Материалы и методы. Нами были пролечены 46 больных в остром периоде синдрома отмены алкоголя. Все пациенты были мужчины в возрасте от 31 до 39 лет, в первые сутки после 4-6 дней запоя. Больные распределились на две группы: I-я группа - больные, получавшие стандартную терапию (глюкоза 5% - 400мл, калия хлорид 7,5% - 10 мл, инсулин 6 ед, магния сульфат 25% - 5 мл, р-р Рингера лактат 500 мл, диазепам 0,5-1мг/кг) и II-я группа – больные, получавшие дополнительно инфузию цитофлавина из расчета ED₅₀ (0,1 – 0,2 мл/кг м.т.). Цитофлавин вводился однократно внутривенно на 400 мл 5% раствора глюкозы. Критерий включения больных в группы: идентичность по возрасту, полу, тяжести проявления СОА, длительности запоя.

Для определения мембранотропных эффектов цитофлавина определяли деформируемость эритроцитов (ДЭ) методом З.Д. Федорова с соавт. (1986) и рассчитывали индекс деформируемости эритроцитов (ИД_{эп}). Степень эндогенной интоксикации определяли путем оценки уровня молекул средней массы (МСМ) в сыворотке крови по методу Н.И. Габриэлян и др. (1983) с использованием спектрофотометра СФ 46. За норму были приняты показатели доноров (ИД_{эд} = 0,2 ± 0,02, МСМ = 0,14 ± 0,3). Уровень тревожности оценивался по шкале Спилбергера. Также выполнялись общеклинические исследования. Все исследования выполнялись при обращении пациента за медпомощью (I этап) и через 12 часов от начала лечения (II этап).

Результаты и их обсуждение. Применение цитофлавина способствовало более быстрой нормализации мембранных свойств эритроцитов. ИД_{эп} 0,14 ± 0,01 в I группе и 0,12 ± 0,01 во второй группе (+14,3%). Отмечено, так же, снижение уровня эндогенной интоксикации, МСМ 0,17 ± 0,01 в I группе и 0,2 ± 0,02 во второй группе (+15%). Однако, продолжительность сна после применения цитофлавина в 2 раза меньше (-56,55%), что сочеталось с более высоким (в 2 раза) уровнем тревожности. Данное явление объясняется выраженным стимулирующим воздействием на ЦНС. Для купирования нарушений сна и снижения тревожности у пациентов, получавших цитофлавин, потребовалось повторное введение бензодиазепинов в стандартных дозировках. Статистическая достоверность изменений составила: p<0,05 – 0,01.

Выводы:

1. Применение цитофлавина в комплексной терапии синдрома отмены алкоголя ведет к стабилизации клеточных мембран, улучшению реологических свойств крови, снижению эндогенной интоксикации.
2. Стимулирующее действие цитофлавина на ЦНС может привести к раннему пробуждению и более высокому уровню тревоги у пациентов в первые сутки синдрома отмены алкоголя, что требует дополнительного назначения седативных препаратов.
3. Исследование косвенно подтвердило целесообразность применения цитофлавина при передозировке бензодиазепинов.