



УКРАЇНА

(19) UA (11) 20470 (13) U

(51) МПК (2006)

A61K 31/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІОПИС  
ДО ПАТЕНТУ  
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під  
відповідальність  
власника  
патенту

(54) СПОСІБ КОМПЛЕКСНОЇ ДЕТОКСИКАЦІЙНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ НЕВІДКЛАДНИХ СТАНАХ АЛКОГОЛЬНОГО ГЕНЕЗУ

1

2

(21) u200609124

(22) 17.08.2006

(24) 15.01.2007

(46) 15.01.2007, Бюл. № 1, 2007 р.

(72) Сосін Іван Кузьмич, Гончарова Олена Юріївна, Тищенко Костянтин Вікторович, Рогожин Борис Анатолійович, Костенко Людмила Федорівна, Куренков Анатолій Миколайович, Ломакін Сергій Григорович, Друзь Олег Васильович, Тараненко Сергій Іларіонович

(73) ХАРКІВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯ-ДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ

(57) Спосіб комплексної детоксикаційної терапії при невідкладних станах алкогольного генезу ме-

тодом плазмаферезу, який відрізняється тим, що здійснюють мембранний плазмаферез з обсягом дозованого видалення плазми крові від 600,0 до 1000,0мл, а безпосередньо перед процедурою пацієнтові вводять Реосорбілакт або Сорбілакт у дозі 200,0-400,0мл внутрішньовенно крапельно, нікотинову кислоту у дозі 2,0-3,0мл внутрішньом'язово і протягом 5-10 хвилин здійснюють інгаляцію медичного кисню, з повторенням процедури через кожні 3 дні, усього 2-3 процедури на курс лікування.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме, до наркології, і може бути використана з метою купірування невідкладних станів у хворих з психічними та поведінковими розладами внаслідок зловживання алкоголем.

Провідне місце у патогенетичних механізмах формування невідкладних станів алкогольного генезу (синдрому відміни, запійних станів, гострих алкогольних психозів тощо) належить синдрому екзогенної і ендогенної інтоксикації, безпосередньо зумовлених хронічним зловживанням і фізичною залежністю від алкоголю, надмірного (токсичного) вмісту етанолу й аномально високих і дисоційованих концентрацій продуктів метаболізму, а також імунологічних порушень (поява циркулюючих в крові патогенних імунних комплексів), порушень нейромедіаторного обміну (наприклад, високий вміст дофаміну тощо). Під ендотоксикозом розуміють накопичення в тканинах і біологічних рідинах організму надлишку продуктів нормального або порушеного обміну речовин і клітинного реагування.

Наведене лежить у основі виникаючих поліорганичних ускладнень внаслідок декомпенсації природних детоксикаційних механізмів. У зв'язку з цим, обов'язковою складовою відомих в наркології терапевтичних програм лікування невідкладних станів у хворих на алкогольну залежність є інтен-

сивне усунення інтоксикаційного фактору. Першочергові лікувальні заходи, при цьому, реалізуються двома основними підходами.

Методи дезінтоксикаційної терапії (заходи, спрямовані на фармакологічну, фітотерапевтичну або іншу стимуляцію й оптимізацію фізіологічних систем організму, відповідальних за елімінацію токсинів). Основними принципами її є посилення перфузії тканин із метою створення умов для дифузії токсичних чинників з уражених клітин, тканин і органів у загальний кровотік; гемоділіз, що супроводжується зниженням концентрації токсинів у плазмі крові; форсування діурезу, внаслідок чого токсини й метаболіти виводяться з організму; нормалізація функціонального стану гепатоцитів, які є найважливішою ланкою в детоксикаційних метаболічних перетвореннях, боротьба з метаболічним ацидозом і відновлення енергетичного обміну.

Методи детоксикації (видалення токсичних чинників без напруження цих систем - еферентна детоксикація). Методи аферентної терапії, таким чином, спрямовані на очищення внутрішнього середовища організму, тобто на пряме видалення отрутих і патологічних речовин. До засобів еферентної детоксикації клінічна медицина відносить: плазмаферез, гемосорбцію, лімфосорбцію, гемодіаліз, ультрафіолетове опромінювання крові, внутрішньовенне лазерне опромінювання крові, озо-

(13) U

(11) 20470

(19) UA

нотерапію та ін.). Ці процедури передбачають видалення із крові і плазми токсинів, імунних комплексів й біохімічних субстратів, - тобто усього того, що є причиною формування невідкладних станів [Стрелец Н.В., Деревлев Н.Н., Уткин С.И. Сорбционные, электрохимические и гравитационные методы в современной медицине. Тезисы Всероссийской конференции. М., 1999. -С.117; Воинов В.А. Эфферентная терапия. Мембранный плазмаферез. М.: Новости, 2006. -304с.].

Відома в наркології патогенетична медикаментозна терапія (дезінтоксикаційна терапія) базується на використанні чисельних фармакологічних препаратів. Серед них - унітіол, натрію тіосульфат, магнію сульфат, інсулін, вітаміни, дімедрол, корглюкон, седуксен (діазепам, реланіум), оксібутират натрію, сульфозін, пірогенал, цитітон, лобеліна гідрохлорид, карбамазепін, антидепресанти, ноотропні препарати й ін. Для одержання волемічного дегідратаційно-детоксикаційного ефекту застосовуються фізіологічний розчин, розчин глюкози та ін.). Основними компонентами дезінтоксикаційної терапії при невідкладних станах алкогольного ґенезу до теперішнього часу вважаються також розчини кристалізмів (електроліти, глюкоза) і колоїдний розчин синтетичного полімеру полівінілпіролідону (ПВП) -внутрішньовенні крапельні ін'єкції поліглюкіна, реополіглюкіна, неогемодеза [спосіб-аналог передбачуваної корисної моделі: Лекции по клинической наркологии. Под ред. Н.Н. Иванца. М.: Российский благотворительный фонд "Нет алкоголизму и наркомании", 1995. - 216с.].

Разом з тим, практично всі відомі методи дезінтоксикаційної терапії, які застосовуються при лікуванні невідкладних станів алкогольного ґенезу, мають істотні недоліки: недостатня ефективність фармакологічних препаратів, відносно повільний регрес клінічної симптоматики, нерідкі випадки наявності у пацієнтів високої резистентності до проведеної терапії. Спостерігаються побічні ефекти, ускладнення, ризик та негативні наслідки поліпрагмації. Крім того, у хворих на алкогольну залежність є безліч протипоказань й обмежувальних факторів до призначення фармакологічних препаратів. Так, зокрема, патологія печінки, яка часто зустрічається у даного контингенту, значно обмежує призначення медикаментозної терапії в повному обсязі.

Установлено також, що застосування розчинів кристалізмів (електроліти, глюкоза) і колоїдного розчину синтетичного полімеру полівінілпіролідону (ПВП) може сприяти виникненню полівінілпіролідонного (ПВП) тезауризму - важкого ускладнення, що спостерігають при багаторазових введеннях препаратів, які містять ПВП, зумовленого токсичною дією великих фракцій полімеру на клітини ретикулоендотеліальної системи.

Другим напрямком пошуку більш ефективних методів лікування невідкладних станів алкогольного ґенезу є еферентна терапія, в арсеналі якої найбільш адекватним для наркології є плазмаферез, обраний у якості прототипу передбачуваного способу [Малин Д.И. Плазмаферез в психиатрии и наркологии. М. 1997.- 187с.].

Технологічною основою плазмаферезу є дозована (в залежності від тяжкості невідкладного стану хворого) апаратна (або безапаратна) інтравенозна ексфузія крові з наступним екстракорпоральним її механічним роз'єднанням центрифужним, фільтраційним (мембранним) або гравітаційним (безапаратним) способами на плазму і формені елементи, видалення токсичних речовин разом з плазмою й завершальним внутрішньовенним введенням плазмозамінника разом з форменими елементами. Об'єм видаленої плазми (максимально - біля 1,0л) і об'єм плазмозамінника (фізіологічний розчин) при цьому повинні співпадати. Вважається, що пряме виділення з організму комплексу токсичних факторів (разом з плазмою, в якій вони розташовані) може здійснювати радикальний вплив на самий механізм формування, розвитку й купірування невідкладних станів.

Однією з необхідних умов для проведення плазмаферезу є системна гепаринізація і використання антикоагулянту цитрату натрію, що блокує тромбоутворення в крові. Цей антикоагулянт використовується у вигляді розчину "Глюгіцир", до складу якого входить 2% розчин цитрату натрію.

В сучасних апаратах плазмаферезу нового покоління (наприклад "Гемофенікс") передбачено автоматизоване здійснення багатьох маніпуляцій, що виключає можливість негативних наслідків т.зв. людського фактора. В сучасній практиці невідкладної медицини перевага віддається фракційному розподілу крові з застосуванням одноразових мембранних фільтрів (наприклад, «Роса»), за однократною схемою підключення. Мембранний механізм фільтрації крові найбільш фізіологічний, тому що небезпечність пошкодження клітин крові (на відміну від традиційного центрифужного плазмаферезу) мінімальна.

Але ефект плазмаферезу полягає не тільки в безпосередньому видаленні токсинів й імунних комплексів, але й у загальній неспецифічній стимулюючій дії на обмін речовин, імунний статус, мікроциркуляцію й метаболізм кисню в тканинах, що підвищує чутливість хворого до проведеної фармакотерапії й відповідно до скорочення тривалості й інтенсивності гострих станів, зменшенню ризику виникнення ускладнень, істотному поліпшенню суб'єктивного самопочуття хворих й об'єктивних клінічних показників [Стрелец Н.В. Неотложные состояния в наркологии. В кн.: Пособие по наркологии. Под ред. Н.Н. Иванца. М.: ИД Медпрактика-М, 2002, 504с. -С.57-82; Пишель В.Я., Поливяна М.Ю., Карачевский А.Б. Лікувальний плазмаферез у терапії абстинентного синдрому у хворих на опійну наркоманію (Методичні рекомендації), Київ, 1998. -12с.; Зеликсон Б.М. Мембранный плазмаферез эффективное и доступное средство детоксикации //«Современные технологии в здравоохранении».- 2001, №4. -С.15-16].

Разом з тим, метод плазмаферезу має деякі недоліки. Основний з них обумовлений тим, що плазмаферезне очищення стосується лише об'єму циркулюючої в даний момент в судинному руслі крові й не торкається, по-перше, депонованої крові, по-друге, - внутрішньоклітинних й міжклітинних біологічних рідинних середовищах організму. У зв'язку із цим, при лікуванні невідкладних станів

алкогольного ґенезу із застосуванням плазмаферезної детоксикації, через 10-12 годин після процедури, внаслідок дифузії токсичних речовин із клітин і міжклітинного простору й депонованої крові в судинне русло, спостерігається друга хвиля клінічних ознак інтоксикації. Повторний же курс плазмаферезу можна проводити тільки через 3 доби, що диктує призначення дезінтоксикаційних фармакологічних препаратів.

В основу корисної моделі поставлено задачу удосконалення способу комплексної детоксикаційної терапії при невідкладних станах алкогольного ґенезу, в якому за рахунок зміни схеми лікування, досягається прискорення й більш ретельне виведення токсикантів із плазми крові, скорочення терміну лікування.

Поставлена задача вирішується в способі комплексної детоксикаційної терапії при невідкладних станах алкогольного ґенезу шляхом плазмаферезу, згідно з корисною моделлю, здійснюють мембранний плазмаферез, з обсягом дозованого видалення плазми крові від 600,0 до 1000,0мл, а безпосередньо перед процедурою пацієнтові вводять Реосорбілакт, або Сорбілакт у дозі 200,0-400,0мл внутрішньовенно крапельно, нікотинову кислоту у дозі 2,0-3,0мл внутрішньом'язово і впродовж 5-10 хвилин здійснюють інгаляцію медичного кисню, з повторенням процедури через кожні 3 дні, усього 2-3 процедури на курс лікування.

Теоретичним підґрунтям передбачуваного способу є наступне.

Нові перспективи дезінтоксикаційної терапії в наркології намітилися у зв'язку з сучасною можливістю широкого застосування за новим призначенням оригінальних комплексних інфузійних препаратів Сорбілакт і Реосорбілакт, які добре себе зарекомендували у загально клінічній практиці [Гуменюк М.І. Сорбілакт і Реосорбілакт - базисні препарати сучасної дезінтоксикаційної терапії //Українська медична газета, №4, 2006. -С.32-33].

Для наркології є важливим, що обидва препарати містять основні катіони:  $\text{Na}^+$ ,  $\text{K}^+$ ,  $\text{Ca}^+$ ,  $\text{Mg}^+$ , аніон і сорбітол. Сорбітол у препараті Реосорбілакт представлений в ізоосмотичній концентрації відносно плазми крові (330моль), у препараті Сорбілакт - у гіпертонічній (1095моль). Загальна осмолярність Реосорбілакту втричі перевищує осмолярність плазми крові (0,9 проти 0,29осмоль), а сорбілакту - у 5,5 рази (1,7осмоль). Таке поєднання компонентів зумовлює унікальність препаратів і забезпечує їх повноцінний спектр дезінтоксикаційних ефектів. Препарати призначають щодня впродовж 5-7 діб у вигляді внутрішньовенної краплинної інфузії по 200-400мл на добу. Дезінтоксикаційна інфузійна терапія з застосуванням препаратів Реосорбілакт, Сорбілакт проводиться на фоні традиційної етіотропної та патогенетичної терапії (вітаміни, ферменти, серцеві тощо). Після проведення інфузійної терапії зменшуються клінічні прояви і нормалізуються лабораторні показники (вміст лейкоцитів у периферичній крові (рівень лейкоцитозу), рівень малонового діальдегіду, вміст молекул середньої маси).

Препарати Реосорбілакт і Сорбілакт завдяки гіперосмолярності спричиняють надходження рідини з міжклітинного простору в судинне русло,

що сприяє поліпшенню мікроциркуляції та перфузії тканин, чим вирішується перше завдання дезінтоксикаційної терапії. Переміщення рідини з міжклітинного сектору у внутрішньосудинний супроводжується збільшенням об'єму циркулюючої крові (ОЦК) за рахунок збільшення об'єму плазми, тобто гемоділюцією. Крім того, препарати селективно зв'язують токсини з утворенням більш великих комплексів, які є більш уразливими терапевтичними мішенями.

Включення нікотинової кислоти в комплекс передбачуваного способу пояснюється наявністю у даного препарату вираженого судинорозширювального (гіперемічного) ефекту, що стимулює кровообіг та в свою чергу сприяє збільшенню ОЦК за рахунок виходу в судинне русло депонованої крові. Це тим більш важливо, що при невідкладних станах алкогольного ґенезу спостерігається зменшення ОЦК ("згущення крові", «гіповолемія» - згідно реаніматологічної термінології).

Медичний кисень поліпшує метаболічні, детоксикаційні процеси, сприяє ліквідації гіпоксичного фактору, позитивно впливає (стимулює функціональну діяльність серцево-судинної системи (у т.ч. і капілярної), що також додає синергетичні передумови виведення токсинів і шкідливих метаболітів у кровоток для плазмаферезного очищення.

Про наявність вираженого детоксикаційного ефекту запропонованого способу свідчить наступний клінічний приклад.

Хворий Г., 1974р.н., історія хвороби №636.

Дата надходження: 27.02.06р., 20 годин 00хв.

Діагноз. Синдром алкогольної залежності, стан скасування важкого ступеня. Пределіріозний стан.

Хворий має потребу в ургентній інтенсивній детоксикаційній терапії.

Скарги при надходженні: на непереборний потяг до алкоголю, нудоту, блювоту, відсутність апетиту, безсоння, нестерпний головний біль, біль в області серця, поколювання, біль і хворобливі спазми у м'язах ніг, періодично виникаючу задишку, серцебиття, почуття недостатчості повітря, спрагу, пітливість, почуття внутрішнього напруження, занепокоєння, тривогу, окремі галюцинаторні переживання (акозми). Хворий відчуває страх, у зв'язку з появою вже знайомих для нього ознак наступаючого алкогольного делірію.

Анамнез життя: з родини службовців, ранній розвиток без особливостей. Спадковість обтяжена алкоголізмом батька (зі слів матері батько більше 30 років зловживає спиртними напоями).

Освіта середня спеціальна (кухар). В армії служив у строк, повністю. За фахом практично не працював. Частіше був зайнятий на тимчасовій роботі. В останні роки не працює через неконтрольоване зловживання алкоголем.

Одружений, шлюб перший, дочка 3 роки, проживає у родині, дружина алкоголем не зловживає.

Туберкульоз, вірусний гепатит, венеричні захворювання заперечує. ЧМТ, епілептичних нападів, алергічних реакцій в анамнезі не було.

Вживання наркотичних речовин заперечує. Палить по 20 сигарет у день. За останні 6 місяців оперативних втручань не було.

Анамнез хвороби: 3 підліткового віку вживає спиртні напої. Після армії почав випивати 3-4 рази

на місяць. З 24-25-літнього віку втрачений кількисний і ситуаційний контроль, наростання толерантності до 1,0л горілки, потяг до алкоголю компульсивний. З 27 років п'є запоями по 2-3 дня, а в останні роки запой по 3-4 тижні, "світлі проміжки" такої ж тривалості. Похмільний синдром різко виражений, із соматовегетативним, неврологічним і психічним компонентами, проявляється головним болем, нудотою, болем в області серця, серцебиттям, тремором, спрагою, гіпергідрозом, безсонням, гіпнагогічними галюцинаціями, тривогою, напругою, метушливістю, непокосидючістю, почуттям страху. Синдром алкогольної залежності сформований. Амнезії сп'яніння по типу палімпсестів.

У 2002 році переніс важкий алкогольний делірій з погрозою для життя. Лікувався в Харківській обласній (с. Стрілечче) психіатричній лікарні.

Раніше неодноразово лікувався в стаціонарі наркологічного диспансеру, ремісії нетривалі.

Останній запій протягом 1 місяця, випивав щодня близько 0,5-0,7л горілки. В останні 4 дні до госпіталізації у хворого була масивна алкоголізація, випивав близько 1,0л горілки, змішуючи її з іншими алкогольними напоями (шампанське, сухе й кріплене вино, пиво, слабоалкогольні напої типу "Шейк", самогон). Усього - близько 3,0л алкогольних напоїв різної міцності протягом доби, практично не спав, нічого не їв. Їжа й вода викликали блювоту. Остання алкоголізація за годину до надходження.

Соматичний статус. Нормостенічної статури, вище середнього зросту, маса тіла 85кг, шкірні покриви гіпереміровані, покриті липким потом. Виразення обличчя страждальницьке, погляд тривожний, що бігає. Різкий запах перегару й ацетону з рота, обличчя гіпереміровано, одутловате, склери ініціровані. Кінцівки тремтять, пастозні, рухи метушливі, слабко координовані. Частота подиху прискорена. У легенях аускультативно визначається жорстке дихання. Тони серця приглушені, виражена тахікардія. АТ 150/100мм рт.ст., пульс 102уд. у хв., підвищеної напруги й наповнення. Живіт м'який, безболісний при пальпації, печінка виступає з-під краю реберної дуги на 1,5-2см, край ущільнений, гладкий. Симптом Пастернацького негативний по обидва боки.

Неврологічний статус. Виражений тремор пальців рук, вік, кінчика язика, спрага, гіпергідроз. У позі Ромберга вкрай нестійкий, в ускладненій позі (із закритими очима) без підстрахування лікаря може впасти. Координаційні проби виконує із грубими промахуваннями.

Психічний статус. Мовний контакт формальний, на питання відповідає після паузи, односкладово, нерідко після кількоровозового повторення питання. Кожні 10-15 хвилин монотонно просить дати йому випити алкоголь. У власній особистості й навколишньому оточенні орієнтований. Напружений, полохливий. Ознаки формування галюцинаторних обманів сприйняття й галюцинаторного поводження. Мислення вповільнене по темпу. Хворий тривожний, напружений, неспокійний, метушливий, непокосидючий, перебирає пальцями одяг, вимагає надати негайну допомогу, потім швидко виснажується, стає млявим, просить випити. Критика до свого стану часткова. Висловлює

бажання перервати запій, "більше вже не можу терпіти, мені дуже погано, допоможіть", "сам кинути випивку не можу".

На підставі скарг, анамнестичних відомостей, об'єктивного огляду можна поставити діагноз: синдром алкогольної залежності, стан скасування, деліріозний стан.

Хворому при надходженні у наркологічний стаціонар негайно призначена комплексна фармакологічна терапія: натрію хлорид 0,9%-200,0 в/в крап., мілдронат 5,0 в/в., вітамін В<sub>1</sub> - 4,0 в/в, вітамін В<sub>6</sub> 2,0 в/м., вітамін С 5,0 в/в, магнію сульфат 5,0 в/м., реосорбілакт 200,0 в/в крапельно, фуросемід 2,0 в/м, нікотинова кислота 2,0 в/м, церукал 2,0 в/м, феназепам 0,002г, сібазон 0,5% - 4,0мл в/м.

Незважаючи на проведене лікування, хворий ніч провів неспокійно. Збільшилася пітливість, спрага, жидка, нудота, блювота, тремор, постійно намагався встати з ліжка, падав, по палаті пересувався за допомогою медперсоналу. Довго не міг заснути. Сон неглибокий, чуйний, переривчастий, тривалістю не більше 10-15 хвилин. Постійно вночі просипався, просив випити алкоголь. Підсилюлися тривога, з'явився страх перед галюцинаторними образами.

Ранком 28.02.06 стан хворого важкий, обумовлений алкогольною інтоксикацією, вираженими явищами абстиненції й деліріозним станом. Скарги на сильний головний біль, тяжкість в голові, нудоту, почуття розбитості, "хочеться спати, але не можу заснути". Спрага, тремор пальців рук, вік, кінчика язика виражені. Апетит відсутній, вид і запах їжі викликає позиви на блювоту. Обличчя одутловате, сальний блиск. Запах ацетону з рота. Холодний липкий піт. АТ 140/90мм рт.ст., пульс 92уд. у хв. Стійкість у позі Ромберга відсутня, безпомічний при виконанні координаційних проб.

Хворий тривожний, напружений, дисфоричний, відмовляється від здачі аналізів, став підозрілим, на питання відповідає з роздратуванням, "дайте мені спокій". Наростає гостра психопатологічна симптоматика. Компульсивний потяг до алкоголю зберігається.

28.02.06 в 11.00 (через 15 годин після надходження в стаціонар) хворому проведений мембранний плазмаферез на апараті "Гемофенікс" протягом 2год. 15хв. Безпосередньо перед процедурою плазмаферезу здійснено ведення препарату Реосорбілакт 200,0 в/в, крап., вітаміну В<sub>6</sub> 2,0 в/м, нікотинової кислоти 2,0 в/м, церукалу 2,0 в/м, проведена інгаляція медичним киснем протягом 7 хвилин.

Мембранний плазмаферез пацієнтові проводився шляхом катетеризації кубітальної вени. Безпосередньо перед початком плазмаферезу в катетеризовану кубітальну вену уведений гепарин 10тис. ОД. (5тис. ОД безпосередньо в кров'яне русло й 5тис. ОД. - в 200,0мл натрію хлориду 0,9%).

Відфільтровано й видалено 600мл токсичної плазми.

Під час процедури пацієнт одержав плазмозамінюючий обсяг (800мл) натрію хлориду 0,9%.

Відразу після плазмаферезу хворому призначено: мілдронат 5,0 в/в., вітамін В<sub>1</sub> - 4,0 в/в, вітамін

С 5,0 в/в, магнію сульфат 5,0 в/м., теплий солодкий чай 200мл.

Після проведення мембранного плазмаферезу стан хворого значно поліпшився: повністю зникли нудота, позиви на блювоту, запах перегару й ацетону з рота, спрага, тремор пальців рук й кінчика язика, поколювання, біль в м'язах, хода стала впевнена, пальце-носову пробу виконує значно краще, однак є окремі незначні промахування, чітко зменшився головний біль. Зберігаються помірний гіпергідроз, тремор пальців рук. АТ 125/90мм рт.ст., пульс 86уд/хв. На питання відповідає охоче, без роздратування, орієнтування всіх видів практично відновилося, гострої психопатологічної симптоматики не виявляє. Пацієнт відзначає поліпшення стану, із задоволенням випив чай, небагато поїв, з'явилося бажання спати.

Через 20хв. після закінчення процедури мембранного плазмаферезу заснув, сон глибокий, подих рівний, АТ 120/80мм рт.ст., пульс 80уд/хв. Простав до 9год. ранку 01.03 06 (близько 19 годин).

Ранком 1.03.04 значне поліпшення стану, зберігалось відчуття слабості. АТ 120/80мм рт.ст., пульс 87уд. у хв. Спокійний, контактний, орієнтований. Апетит покращився. Потяг до алкоголю заперечує. Охоче розмовляє. Настроєний на по-

дальше протиалкогольне лікування. Для закріплення досягнутого ефекту одержує планову детоксикаційну, симптоматичну, загальзміцнювальну терапію.

Таким чином, стан відміни алкоголю з передліріозними явищами після тривалого запою з масивною алкоголізацією у пацієнта, який раніше переніс алкогольний делірій, купірування здійснено за допомогою процедури мембранного плазмаферезу з безпосереднім попереднім введенням реосорбілакту, нікотинової кислоти й медичного кисню в значно короткі строки й більш якісно, ніж у цього ж пацієнта при попередніх надходженнях у наркологічний стаціонар диспансеру (навіть при менш коротких і виснажливих запоях). Виражений детоксикаційний ефект виявився вже в перші години після проведення мембранного плазмаферезу. Для закріплення терапевтичного успіху хворому через 3 дні проведена повторна процедура мембранного плазмаферезу по тій же комплексній технології. Рецидиву симптоматики за період перебування у наркологічному стаціонарі на спостерегалось. Пацієнт пройшов повний курс протиалкогольної терапії, виписаний у стані стійкої ремісії з позитивними мотиваціями повної відмови від алкоголю.