



УКРАЇНА

(19) UA (11) 61742 (13) U
(51) МПК (2011.01)
A61K 31/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ІНТЕГРОВАНОГО КУПІРУВАННЯ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ ПРИ АЛКОГОЛЬНОМУ АБСТИНЕНТНОМУ СИНДРОМІ

1

2

(21) u201100631

(22) 20.01.2011

(24) 25.07.2011

(46) 25.07.2011, Бюл.№ 14, 2011 р.

(72) СОСІН ІВАН КУЗЬМИЧ, ШАПОВАЛОВА ВІКТОРІЯ ОЛЕКСІВНА, ШАПОВАЛОВ ВАЛЕРІЙ ВОЛОДИМИРОВИЧ, ШАПОВАЛОВ ВАЛЕНТИН ВАЛЕРІЙОВИЧ, ГОНЧАРОВА ОЛЕНА ЮРІІВНА, ЧУЄВ ЮРІЙ ФЕДОРОВИЧ, СЛАБУНОВ ОЛЕГ СТЕПАНОВИЧ, ПЕРЕСИПКІН ОЛЕКСАНДР ВАСИЛЬОВИЧ, СКВІРА ІВАН МИХАЙЛОВИЧ

(73) ХАРКІВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯ-ДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ

(57) Спосіб інтегрованого купірування депресивних розладів при алкогольному абстинентному синдромі з застосуванням фармакологічних препаратів антидепресивної та детоксикаційної дії, який **відрізняється** тим, що призначають антидепресант Серліфт - селективний інгібітор зворотного захвату серотоніну по 25-50 мг на день терміном від 5 до 10 днів та ентеросорбент Атоксил, добова доза якого в приготуванні ex tempore на воді суспензії становить 10-12 г, яку розподіляють на 3-4 пероральних прийоми, курс - 3-5 днів.

Корисна модель належить до медицини, а саме до наркології, і може бути використана для підвищення ефективності купірування депресивних розладів при алкогольному абстинентному та найближчому постабстинентному періоді.

Алкогольний абстинентний синдром являє собою типовий невідкладний стан у алкогольозалежних пацієнтів, складовими якого є вегетативні, сомато-неврологічні, депресивні, поведінкові розлади, які в загальній сукупності представляють собою реальну предикторну погрозу трансформації в алкогольний делірій з набряком головного мозку. Пошуки методів швидкого купірування багаточисельних розладів при даному синдромі ведуться давно, але до теперішнього часу надійних диференційованих фармакотерапевтичних підходів не знайдено.

Однією з терапевтично резистентних складових абстинентних розладів, що нарівні з іншими зумовлює продовжену, нестриману, повторювану, рецидивуючу алкоголізацію, є депресивні постінтоксикаційні розлади алкогольного ґенезу. У клінічній структурі алкогольного абстинентного синдрому депресивні розлади констатуються засобами об'єктивної тестової діагностики у 95 % хворих. Пошуки найбільш адекватної антидепресивної терапії у даному періоді є актуальним у повсякденній клінічній практиці лікаря-нарколога.

Найбільш відомою та розповсюдженою в наркології є комплексна інтегрована фармакологічна терапія, яка патогенетично охоплює найбільш тяжкі та "фасадні" прояви синдрому відміни. Так, стандартна терапія передбачає відміну алкоголю та призначення детоксикаційних, загальнозміцнювальних засобів, транквілізаторів, снодійних, антиконвульсантів, антидепресантів, вегетостабілізуючих та вітамінних препаратів, гепатопротекторів, кардіотоніків та інших.

Щодо застосування в цей період фармакологічних антидепресантів, то найбільш часто у вітчизняній практичній наркології перевага деякий час віддавалася Амітриптиліну [Губский Ю.И., Шаповалова В.А., Кутько И.И., Шаповалов В.В. Лекарственные средства в психиофармакологии. К.: Здоров'я, Харьков:Торсинг, 1997.-288 с.; Малин Д.И., Янкин Е.В., Медведев В.М., Ковалев А.В. Депрессии у больных алкоголизмом //Психиатрия и психофармакотерапия. Т. 6, № 5. 2004. - С. 22-30].

За даними наукових джерел, при купіруванні абстинентної депресивної симптоматики (особливо у поєднанні з тривожними розладами) за допомогою трициклічного антидепресанта Амітриптиліну, позитивний терапевтичний ефект досягається у переважної кількості хворих. Препарату властива холінолітична активність, він надає сильну тімоаналептичну дію, яка поєднується з седативним

(19) UA (11) 61742 (13) U

ефектом. Найбільший позитивний ефект досягається у хворих з тривожно-депресивним синдромом. Амітриптилін зазвичай не порушує сну, тому може призначатися перед сном і протягом усього дня. Дози Амітриптиліну при курсовому лікуванні 50-75-100 мг на добу розподіляють в 2-4 прийоми; курс лікування становить 3-4 тижні, при необхідності може бути збільшений до 6-8 тижнів.

У той же час Амітриптилін, як і інші трициклічні антидепресанти, володіючи кардіотоксичними властивостями і вираженою адрено- і холінолітичною активністю, може посилити ряд соматичних проявів алкогольного абстинентного синдрому і спровокувати розвиток алкогольного делірію [Стрелець Н.В. Острые психозы у больных хроническим алкоголизмом и опийной наркоманией, развивающиеся в ходе стационарного лечения. Лекции по наркологии (под редакцией проф. Н.Н.Иванца. М.: Медпрактика, 2001; С. 223-332].

При перевищенні дози Амітриптиліну за 100-125 мг (у разі тяжкості депресії та недостатності терапевтичних ефектів) у частини хворих на алкогольну залежність з'являються виражені побічні явища - сухість слизових, порушення акомодатії, денна сонливість, слабкість, запаморочення, тахікардія, затримка сечовипускання, атонічні запори, що потребує підвищено пильного та обережного ставлення до застосування цього препарату, особливо у алкогользалежних пацієнтів. У першу чергу це стосується випадків маскованих соматовегетативних депресій, коли на початковому етапі застосування Амітриптиліну стан хворих не тільки не поліпшується, але і якийсь час навіть погіршується. Це ті випадки, коли показана зміна антидепресанту.

З появою сучасних антидепресантів, у тому числі селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну, концепція застосування Амітриптиліну трансформувалася в бік зменшення його актуальності в клініці алкогольної депресії. В сучасній наркології науковий інтерес спеціалістів концентрується на клінічній апробації наявного у фармації арсеналу антидепресантів.

В наркології також відомий спосіб купірування алкогольного абстинентного синдрому і постабстинентних розладів (у випадках, коли ведучими в його структурі є патологічний потяг до алкоголю і симптоматика депресивного кола), включає пероральний прийом Коаксилу (Тіанептину) у дозі 37,5мг на добу (по 12,5 мг - 1 таблетці 3 рази (вранці, днем і ввечері) перед їжею та у складі комплексної терапії в умовах наркологічного стаціонару, протягом 20-30 днів. За даними розробників даного методу, його ефективність була у 91 % хворих, до моменту виписки пацієнтів із стаціонару депресивна і тривожна симптоматика була відсутня. Згодом, при амбулаторній підтримуючій терапії, ремісія в 1 рік виникла у 70 % пацієнтів. При тривалій підтримуючій терапії Коаксилом достовірно рідше виникає рецидив захворювання, зростає тривалість ремісії [Кинькулькина М.А., Янушкевич М. В. Длительное применение Коаксила при лечении алкоголизма // Аффективные и шизоаффективные расстройства: Материали Российской конфе-

ренции. Москва, 1-3 октября 2003 г. М., "Медпрактика". -С. 210-211].

До переваг Коаксилу відносять наявність у нього анксиолітичних властивостей. Механізм дії препарату пов'язують з посиленням спонтанної активності пірамідальних нейронів у гіпокампі, прискоренням їх відновлення після функціонального пригнічення з підвищенням зворотного захоплення серотоніну нейронами кори головного мозку та гіпокампу. За характером дії на порушення настрою Коаксил займає проміжне положення між седативними і стимулюючими антидепресантами. При застосуванні Коаксилу відзначається зменшення соматичних симптомів (зокрема, болю в епігастральній ділянці, нудоти, запаморочення, головного болю, тахікардії, відчуття жару, болю в м'язах). Коаксил нормалізує поведінку і позитивно впливає на характерологічні особливості алкогользалежних пацієнтів у період абстиненції. Препарат не має негативного впливу на пам'ять, сон і здатність до концентрації уваги.

Разом з тим, накопичення досвіду застосування Коаксилу в клініці алкогольної та неалкогольної депресії виявило його суттєві недоліки, зокрема можливість формування залежності від препарату з тяжкими фізичними, психічними та поведінковими наслідками [Мохначев С.О., Рохлина М.Л., Богинская Д. Д. Анализ 40 случаев злоупотребления Тианептином (Коаксилом) // Вопросы наркологии. - 2008. - № 5. - С. 105-108].

Відомий спосіб застосування ентеросорбційної детоксикації у комплексному лікуванні алкогольних абстинентних станів з наявністю депресивних розладів. Спосіб передбачає пероральний прийом активованого вугілля (1 столова ложка 3 рази на день у проміжках між прийомом їжі і ліків). Запропоновані також модифікації даного способу, в яких застосовуються різні сорбенти та їх модифікації. Наркологічною наукою доведено, що сорбенти мають не тільки надійні детоксикаційні ефекти, але й стимулюючу дію, що безперечно є корисним при лікуванні депресивної симптоматики у хворих на алкогольну залежність [Сосин И.К., Слабунов О. С, Мысько Г.Н. Показания к применению энтеросорбционной детоксикации в клинике алкоголизма // Акт. пробл. наркологии: Тез. докл. обл. научно-практич. конфер. - Харьков, 1988. - С. 99-101].

Відомий спосіб лікування алкогольної депресії у період абстинентного синдрому, суть якого полягає у використанні селективного інгібітору зворотного захоплення серотоніну Сертраліну (Серліфту) [Сиволап Ю.П., Савченков В.А., Фармакотерапия в наркологии / Под ред. Н.М.Жарикова. -М.: Медицина, 2000.-352 с. (с. 239-242)]. Позитивною властивістю препарату для наркологічної практики є практична відсутність холінолітичних ефектів, що дозволяє призначати препарат на ранніх етапах лікування без суттєвого ризику трансформації алкогольного абстинентного синдрому у делірій. Сертралін (Серліфт) призначають всередину. Фармакокінетичні особливості роблять достатнім одноразовий прийом препарату протягом дня. Дозові дози Сертраліну при депресивних розладах у структурі алкогольного абстинентного синдрому

знаходяться в межах 0,05-0,2 г. Препарат звичайно добре переноситься.

Разом з тим Сертралін при порівняно тривалій терапії може викликати серотоніновий синдром, нудоту, ознаки передозування препарату, тремор, пітливість, надлишкову седацию, порушення сну, алергічні реакції. Прийом Сертраліну в літньому віці може викликати розвиток синдрому неадекватної секреції антидіуретичного гормону. У літературі є повідомлення про те, що після тривалої терапії Сертраліном і раптового його скасування, може виникнути своєрідний синдром відміни, що виявляється підвищенням тривоги, нервозністю, розладом сну, запамороченням.

Клінічне порівняльне дослідження Серліфту (Сертралін) свідчить, що цей препарат ефективніше та безпечніше при купіруванні патологічного потягу до алкоголю в порівнянні з Амітриптиліном. Серліфту притаманна перевага власне антидепресивної і анксиолітичної дії. Профіль безпеки і переносимості препарату оцінений як сприятливий, а в умовах амбулаторного лікування - оптимальний. У зв'язку з доброю терапевтичною ефективністю та безпекою препарат може успішно використовуватися і в стаціонарній, і в амбулаторній практиці [Иванец Н. Н., Винникова М. А., Агibalova Т. В., Бойко Е. О. Серлифт (сертралин) в комплексном лечении алкогольной зависимости: результаты сравнительного исследования // Наркология.-2007. - № 5. - С. 17-21].

В основу корисної моделі поставлено задачу удосконалення способу інтегрованого купірування депресивних розладів при алкогольному абстинентному синдромі, в якому за рахунок поєданого застосування двох препаратів у стандартній терапії, досягається можливість застосування мінімальних доз антидепресанту, скорочення терміну лікування, підвищення результативності та зменшення безпечності за рахунок ад'ювантних та швидких антидепресивних ефектів.

Поставлена задача вирішується в способі інтегрованого купірування депресивних розладів при алкогольному абстинентному синдромі шляхом застосування фармакологічних препаратів антидепресивної та детоксикаційної дії і, згідно з корисною моделлю, призначають антидепресант Серліфт - селективний інгібітор зворотного захвату серотоніну по 25-50 мг на день терміном від 5 до 10 днів та ентеросорбент Атоксил, добова доза якого в приготуванні ex tempore на воді суспензії становить 10-12 г, яку розподіляють на 3-4 пероральних прийоми, курс - 3-5 днів.

Атоксил (Atoxil), хімічна назва - кремнію діоксин, легкий аморфний порошок білого кольору, без смаку та запаху. Форма випуску: порошок для приготування суспензії по 12 г вискодисперсного порошку кремнію діоксину у пляшці. Фармакотерапевтична група - ентеросорбенти.

Фармакологічні властивості та фармакодинаміка. Атоксил - ентеросорбент з вираженими сорбційними властивостями, виявляє дезінтоксикаційну дію. Адсорбує з травного тракту та виводить з організму ендogenous та екзогенні токсичні речовини різного походження, у тому числі харчові та бактеріальні алергени, мікробні ендотоксини та інші от-

руйні речовини, токсичні продукти, що утворюються у процесі перетравлення білків у кишечнику. Сприяє транспорту з внутрішнього середовища організму (кров, лімфа, інтерстиції) у травний тракт за рахунок концентраційних та осмотичних градієнтів різноманітних токсичних продуктів, у тому числі середніх молекул, олігопептидів, амінів та інших речовин з подальшим виведенням із організму. Фармакокінетика. Препарат практично не всмоктується.

Спосіб застосування та дози. Пляшку з порошком відкривають, додають питну воду до мітки 250мл і збовтують до утворення однорідної суспензії. 1 мл суспензії містить близько 50 мг препарату. Підготовлену водну суспензію препарату приймають внутрішньо за годину до їди або прийому лікарських засобів. Добова доза Атоксилу для дорослих 12 г, за необхідності може бути збільшена до 24 г. Добову дозу Атоксилу розподіляють на 3-4 прийоми. Максимальна разова доза препарату не повинна перевищувати половини добової дози. Курс лікування становить 3-5 днів. Побічна дія. Препарат звичайно добре переноситься. У поодиноких випадках - запор.

Важливо, що препарат вітчизняного виробництва "Львівська фармацевтична фабрика", що забезпечує його стабільну наявність у аптечній мережі та економічність лікування.

Спосіб реалізується наступним чином. З першого дня купірування алкогольного абстинентного синдрому, в структурі котрого є депресивні розлади, на фоні проведення стандартної комплексної терапії, призначають: а) пероральний прийом ентеросорбенту Атоксил, приготовленого ex tempore у вигляді суспензії, у добовій дозі 12 г, розподілених на 3-4 прийоми на добу (в проміжках між прийомом ліків та їжі), протягом 3-5 днів; б) пероральний прийом антидепресанту Серліфт, один раз на день у мінімальній дозі 25-50 мг протягом 5-10 днів. Досвід клінічної апробації даного способу в наркологічному стаціонарі свідчить про безпеку (відсутність ускладнень і побічних ефектів) і високої клінічної ефективності, про що свідчить типові клінічні ілюстрації.

Клінічний приклад № 1. Хворий Б.А.В., 33 роки (історія хвороби № 3745), був прийнятий на стаціонарне протиакогальне лікування в наркологічне відділення обласного наркологічного диспансеру зі скаргами на тягу до алкоголю, поганий сон, відсутність апетиту, знижений настрій, загальну слабкість, почуття розбитості, страхи, відчуття туги, кошмарні сновидіння, нічну тривогу, стомлюваність, тремтіння рук.

Анамнез життя. Народився в селянській родині другим за рахунком дитиною. Спадковість обтяжена - батько пив запоями. У дитячі роки ріс і розвивався без особливостей. Закінчив 10 класів середньої школи, вчився добре. Після школи закінчив будівельне училище. У шкільні роки епізодично випивав, чому сприяв батько, який пиячив. За характером був спокійним, сором'язливим, працьовитим, "впертим". Служив в армії, в будівельних військах. Після демобілізації намагався вступити до інституту - "не вийшло", пішов працювати на будівництво. Проживав у гуртожитку, де "потрапив

під вплив питущою компанії". Поступово випивки придбали регулярний характер, "впивали майже кожен день". Толерантність до спиртного підвищилася: міг випити до 1 пляшки горілки, зник блювотний рефлекс на передозування спиртного. Почав допускати випадки вживання спиртного на роботі. Волів вживати міцні спиртні напої. Поступово втрапився кількісний і ситуаційний самоконтроль, в 26-річному віці сформувався похмільний синдром, після випивки почали тремтіти руки, з'являвся профузний піт, став дратівливим, знизилися продуктивність праці. Приблизно в той же період почалися запої, які поступово збільшилися до 2 тижнів, світлі проміжки складали 1-1,5 місяці. Зриву часто передували поганий настрій, дратівливість, туга.

Соматичний статус. Хворий середнього зросту, правильної статури, зниженого харчування. Виглядає старшим за свої роки. Шкірні покриви бліді. Дихання прискорене. У легенях везикулярне дихання. Пульс 96 ударів на хвилину, тахікардія, слабкого наповнення і напруги. Артеріальний тиск 160/90, тони серця чисті, шумів, акцентів немає. Живіт м'який, помірно болючий при пальпації в правому підребер'ї. Печінка виступає з-під краю реберної дуги на 2 см.

Неврологічний статус. Реакція на світло збережена, жива. Сухожильні рефлексі підвищені, симетричні. У позі Ромберга пацієнт похитується, пальце-носова проба - з промахами. Є тремор рук. Підвищена пітливість.

Психічний статус. Хворий доступний мовному контакту, орієнтований у місці, часі, оточуючих осіб. У бесіді кілька уповільнених, голос тихий, монотонний. Обличчя сумне, гіпомімічно. Скарги на тужливий, пригнічений настрій. Зазначає почуття загальної втоми, розбитості. Сон порушений, довго не може заснути, сон поверховий, вранці не відчуває бадьорим. Зазначає перепади в настрої в період масивної алкоголізації. Ця надходження в наркологічне відділення обумовлено 10-денним запоєм і станом вираженого синдрому відміни.

Хворому було призначено курс фармакологічної детоксикації: трисоль, пироксан, вітамінний комплекс, магнію сульфат.

Згідно запропонованого нами способу пацієнту також призначено: 1) Серліфт по 25 мг х 3 рази на день, курс лікування 5 днів; 2). Ентеросорбент Атоксил 12 г. на добу (один флакон) у суспензії (на питній воді) по 4 г х 3 рази на день, через 2 години після їжі і прийому таблетованих препаратів (курсове лікування 3 дні).

Було проведено психометричне дослідження з використанням шкали Гамільтона (кількісна виразність депресії 11 балів), тест Спілберга-Ханіна: підвищення показника реактивної тривожності 63 бали, показник особистісної тривожності - 54 бали. У процесі терапії інноваційним комплексом (Серліфт + Атоксил) на 3 день виявлена повна редукція депресивної симптоматики (за даними шкали Гамільтона, значна тенденція до зниження показника реактивної тривожності. Особистісна тривожність залишалися на тому ж рівні. Рецидиву депресивної симптоматики у постабстинентному

періоді не спостерігалось. Далі, після досягнення задовільного психічного та соматичного статусу, хворий отримував планову протиакогальну терапію.

Дослідження на 7 день терапії за шкалою депресії - 0 балів, реактивної тривожності до 33 балів, особистісної тривожності до 47 балів. У пацієнта гарний настрій, потяг до спиртного заперечує, оптимістично оцінює перспективи лікування, проявляє зацікавленість в одужанні і перевазі здорового способу життя.

Клінічний приклад № 2. Пацієнт М.І.К., 38 років, був прийнятий в наркологічний стаціонар у супроводі батька.

Скарги на непереборний потяг до алкоголю, почуття напруги, зниження настрою, апатію, тривогу, головний біль, нудоту, відсутність апетиту, тремор пальців рук, спрагу, підвищену пітливість. Зі слів батька "лежить цілий день на дивані, ні до чого не проявляє інтересу, пасивний, похмурий, майже не їсть, байдужий до свого зовнішнього вигляду і до слідування щодо виконання основних гігієнічних навичок".

Анамнез життя. Ранній розвиток без особливостей, спадковість не обтяжена. Освіта середня спеціальна, технік-озеленювач, трудова діяльність з 20 років, останні роки не працює з причин алкоголізації. В армії служив в строк, повністю. Не одружений, проживає в сім'ї з батьками. Не судимий. Переніс вірусний гепатит А в 1985 р. Туберкульоз, венеричні захворювання заперечує. ЧМТ в 1993 р., алкогольних психозів, епілептичних нападів не було. Алергологічний анамнез не обтяжений.

Анамнез хвороби. Палить з 18 років, в даний час по 20 сигарет на добу. Вживає спиртні напої з 21 року. Всі види контролю втрачені, синдром залежності сформований. Похмільний синдром стійкий, з сомато-вегетативним, неврологічним і психічним компонентом. У структурі синдрому позбавлення завжди є депресивні розлади. Запої по 7-14 днів, світлі проміжки від 1 до 6 місяців, толерантність у запої 0,8 л горілки. Амнезії сп'яніння за типом палімпсестів. Останні півроку відзначає зміни в ритмі вживання алкоголю - п'є щодня, близько 0,7-1,0 л горілки на добу протягом усього дня, останній тиждень (пряма мова): - "погано сплю, в голову лізе всяка погань, чую музику, коли вип'ю, на душі легше, але пити вже не хочу". Остання алкоголізація вчора близько 0,5 л горілки.

Соматичний статус: Запах перегару з рота, шкірні покриви чисті, обличчя гіпереміровано, одутлі, склери ін'єктовані, в легенях везикулярне дихання, тони серця приглушені, пульс 104 уд. в хв., АТ 130/90 мм рт. ст., живіт м'який, безболісний, печінка виступає з-під краю реберної дуги на 2,5см., симптом Пастернацького негативний з обох сторін, випорожнення і діурез в нормі.

Неврологічний статус: Без грубої осередкової і менингеальної симптоматики. Зіниці D=S, повіки птозирвані, носо-губний трикутник згладжений, сухожильні рефлексі D=S, знижені. У позі Ромберга не стійкий, пальце-носова проба з непопаданям.

Тремор пальців витягнутих рук, гіпергідроз.

Психічний статус: Контакт недостатньо продуктивний, не охоче, односкладово відповідає на запитання. Гіпомімічний, перебирає пальцями одяг, кусає нігті. Легко афектується, в бесіді дратівливий, просить випити. Здригається від випадкових звуків. Орієнтований всебічно вірно. Вираженою психопатологічної симптоматики не виявляє. Налаштований на лікування формально, критика до свого стану відсутня.

Результати лабораторного та патопсихологічного обстеження. Клінічний аналіз крові: гемоглобін 144 г/л, лейкоцити 4,5 г/л, ШОЕ 5 мм/од. Паличкоядерні 2 %, Сегментоядерні 49 %, Еозинофіли 5 %, Базофіли 0 %, Лімфоцити 36 %, Моноцити 8 %. Цукор крові 10,8 ммоль/л. Біохімічний аналіз крові: Білірубін: загальний 10,5мкмоль/л, прямий 2,1 мкмоль/л, непрямий 8,4 мкмоль/л, АлАТ 1,41 ммоль/год. / л, АсАТ 0,97ммоль/год./л, ЩФ 1956,7 нмоль/с/л, ГГТ 0,98мккат/л, Загальний білок 75,7 г/л, тимолова проба 1,1 од, В-ліпопротеїди 18 у. од., Загальний холестерин 3,73 ммоль/л.

Шкала оцінки стану відміни алкоголю CIWA-Ar: 47 балів, Шкала самооцінки Спілбергера-Ханіна: ситуативна тривожність 65 балів, особистісна тривожність 54 балів, Шкала Гамільтона: 47 балів.

На підставі скарг, анамнезу, об'єктивного огляду був поставлений діагноз: Синдром алкогольної залежності, постійне вживання. Змішаний тривожний і депресивний розлад.

З метою детоксикації; купірування стану відміни алкоголю призначений ентеросорбент Атоксил 12 г на добу перорально (в приготованій ех темпоге на питній воді суспензії, на 3-4 прийоми, на курс лікування 10 днів) на фоні стандартної терапії.

На третій день лікування стан пацієнта покращився, з'явився апетит, зменшилися тремор, спрага і пітливість, але зберігалися зниження настрою, апатія, тривога при засинанні, був дратівливий, хотів "додому, мені вже легше - я вдома відлежусь". Потяг до алкоголю менше, але перед сном "хотілося випити, щоб краще заснути". З метою купірування тривожно-депресивного стану пацієн-

ту був призначений Серліфт (Сертралін) по 25 мг на добу на ніч, на курс 10 днів.

На десяту добу стан пацієнта з вираженою позитивною динамікою, Редукувалися спрага, пітливість, зниження настрою, став спокійнішим, в бесіді активний, лікування отримує охоче, налаштований пройти "повний курс". Потяг до алкоголю заперечує. У відділенні урівноважений, малопомітний, з сусідами по палаті не спілкується, читає, ввічливий, зауважень з боку медперсоналу немає. Залишалися ще скарги на незначну слабкість, що зумовлювало невеликий тремор пальців рук та періодичний головний біль.

На п'ятнадцяту добу перебування в наркологічному стаціонарі стан пацієнта значно покращився, скарг не пред'являв, контактний, спокійний, в бесіді активний, будує плани на майбутнє. Потяг до алкоголю заперечує.

Біохімічний аналіз крові - Білірубін: загальний 8,4 мкмоль/л, прямий 2,1 мкмоль/л, непрямий 6,3мкмоль/л, АлАТ 1,65 ммоль/год./л, АсАТ 1,08ммоль/год./л, ЩФ 1174,0 нмоль/с/л, ГГТ 0,98мккат/л, Загальний білок 75,7 г/л, тимолова проба 1,86 од, В-ліпопротеїди 39 у. од, Загальний холестерин 5,47 ммоль/л.

Шкала оцінки стану відміни алкоголю CIWA-Ar: 2 бали, Шкала самооцінки Спілбергера-Ханіна: ситуативна тривожність 46 балів, особистісна тривожність 52 бали, Шкала Гамільтона: 7 балів. Виписаний з відділення в задовільному стані. На випадок відновлення ознак тривожно-депресивної симптоматики пацієнту рекомендовані короткострокові переривчасті амбулаторні курси (5-10 днів) прийому Серліфту 25 мг на ніч і однодобовий прийом ентеросорбенту Атоксил, 12 г на добу перорально (в приготованій ех темпоге на питній воді суспензії, на 3-4 прийоми).

Таким чином, запропонований терапевтичний підхід дозволив забезпечити швидкий купіруючий вплив щодо депресивної симптоматики алкогольного ґенезу, а також сприяв прискореній редукції алкогольного абстинентного синдрому. Ускладнень та побічних ефектів від застосування інтегрованої терапії не спостерігалось.