



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **96702** (13) **U**  
(51) МПК (2015.01)  
**A61K 31/00**  
**A61B 5/16** (2006.01)

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ  
УКРАЇНИ

**(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ**

(21) Номер заявки: **u 2014 10172**  
(22) Дата подання заявки: **15.09.2014**  
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: **10.02.2015**  
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: **10.02.2015, Бюл.№ 3**

(72) Винахідник(и):  
**Сосін Іван Кузьмич (UA),**  
**Горбань Андрій Євгенович (UA),**  
**Петрюк Петро Тодорович (UA),**  
**Гончарова Олена Юріївна (UA),**  
**Чуєв Юрій Федорович (UA),**  
**Шевченко Наталя Олексіївна (UA),**  
**Закревський Олександр Павлович (UA),**  
**Кіосєв Олексій Вікторович (UA),**  
**Осипов Олександр Анатолійович (UA),**  
**Скобелєв Володимир Олександрович (UA)**  
(73) Власник(и):  
**ХАРКІВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ**  
**ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ,**  
вул. Корчагінців, 58, м. Харків, 61176 (UA)

**(54) СПОСІБ ІНТЕГРОВАНОЇ ТЕРАПІЇ АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ, УСКЛАДНЕНОЇ КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ПЕЧІНКИ**

**(57) Реферат:**

Спосіб інтегрованої терапії алкогольної залежності, ускладненої коморбідною патологією печінки, шляхом застосування загальноприйнятої детоксикаційної та симптоматичної антиалкогольної фармакотерапії (натрію гідрокарбонат, вітаміни групи В, аскорбінова кислота, рибоксин, магнію сульфат, транквілізатори, гепатопротектори). Крім цього призначають гепатопротектори нового покоління: Л'есфаль 5.0 мл внутрішньовенно 1 раз на день на аутокрові (№ 7-10 на курс), Антраль 1 таблетка (0,2 г) 3 рази на день (№ 14-21 день на курс); мембранний плазмаферез (апарат "Гемофенікс", фільтр "Роса") 2-3 сеанси (з ексфузією плазми крові від 750 до 850 мл за один сеанс) та процедура психотерапевтичного опосередкування наявних візуальних ознак токсико-метаболічного (ксенобіотичного) забруднення видаленої при мембранному плазмаферезі плазми, що зумовлено хронічною алкогольною інтоксикацією.

**UA 96702 U**



Корисна модель належить до медицини, а саме до наркології, і може бути застосована для інтегрованого лікування алкогольної залежності, ускладненої коморбідною патологією печінки.

Захворювання гепатобіліарної системи серед контингенту пацієнтів з алкогольною залежністю є однією з найбільш поширених патологій, які проявляють неухильну тенденцію до зростання: щорічно число хворих, що страждають цими захворюваннями, збільшується на 15-30 %. Ведучою причиною зростання алкогольної хвороби печінки є, безсумнівно, алкоголь. Поєднання алкогольної адикції з алкогольною хворобою печінки (АХП) настільки закономірно, що в науковій термінології за даною клінічною ситуацією міцно закріпилася назва "дуальної (подвійної) патології" або "подвійного діагнозу" (Хазанов А.И. Современные проблемы хронических вирусных заболеваний /А.И. Хазанов //Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 1993. - № 2. - С. 11-15).

В останні десятиліття реєструється істотна поширеність печінкових патологій також серед населення України: зростання хронічних гепатитів в 2,2 рази, цирозів печінки - на 60 % серед осіб старше 15-ти років. При цьому спостерігається взаємообтяжливий вплив алкогольної залежності на дискретне детермінантне обваження печінкової патології (алкогольна адаптаційна гепатомегалія; гепатоз; гепатит; цироз). (Голубчиков М.В. Статистичний огляд захворюваності населення України на хвороби печінки та жовчовивідних шляхів // Сучасна гастроентерологія і гепатологія. -2000. -№ 2. -С. 53-55).

У зв'язку з цим, в даний час є досить актуальним розробка нових інтегрованих підходів до лікування подвійної патології (алкогольна залежність + алкогольна хвороба печінки), суттю яких має бути об'єднання стандартних протиалкогольних методів з диференційованим вибором фармакологічних препаратів з сучасного арсеналу ентеросорбентів, гепатопротекторів та інш.

Відомий спосіб лікування синдрому алкогольної залежності, коморбідної з алкогольною хворобою печінки в гострому періоді захворювання, який таргетно орієнтований на патогенетично важливу ланку - метаболічну інтоксикацію у формі підвищеної кумуляції продуктів перекисного окислення ліпідів у хворих, які не менше 2 років регулярно зловживали алкоголем (Осадчая, О.И. Метаболическая интоксикация и пути ее коррекции у больных с алкогольным поражением печени / О.И. Осадчая, Е.А. Шматова, А.М. Боярская // Медицина неотложных состояний. 2009. № 6. - С.65-67).

Хворому в гострому періоді захворювання призначають базисну (стандартна, традиційна) протиалкогольну фармакологічну терапію, спрямовану на детоксикацію, корекцію порушень основних параметрів гомеостазу, а також антикревінгові ефекти. Одночасно з базисною терапією призначається ентеросорбент Ентеросгель, який селективно зв'язує і елімінує токсичні продукти - метаболіти етанолу, ендотоксини з кишкового вмісту і крові (через кишкову стінку). Препарат призначався *per os* або, при необхідності, шляхом введення через назогастральний зонд 3-4 рази на добу за 1-1,5 години до або через 2 години після прийому їжі та медикаментів. Курс лікування - 14 днів.

Застосування детоксикаційної терапії (ентеросорбції препаратом Ентеросгель) сприяє зниженню концентрації продуктів перекисного окислення ліпідів і зменшенню їх шкідливої дії на клітини неспецифічної резистентності у хворих з алкогольною хворобою печінки.

Недоліком способу є не завжди висока ефективність у зв'язку з недостатнім ввімкненням у терапевтичний процес патогенетичних механізмів подвійної патології (алкогольна залежність + постінтоксикаційна патологія печінки).

Відомий спосіб комбінованого лікування синдрому алкогольної залежності, ускладненої алкогольною хворобою печінки (Линский И.В., Минко А.И., Самойлова Е.С. Алкогольная болезнь печени и опыт ее лечения препаратом ливенциале у пациентов, зависящих от этанола // Украинская медицинская газета.-2007. - № 6. - С. 7-8). Суть способу в тому, що при діагностичній ідентифікації початкових форм АХП (жирова дистрофія печінки та алкогольний гепатит) проводиться стандартна комплексна терапія синдрому залежності від алкоголю і ранніх постабстинентних розладів (перші п'ять днів: натрію тіосульфат 30 % розчин -5,0 мл внутрішньовенно, піроксан *per os* по 0,03 (2 таблетки) 4 рази на день; перші десять днів: пірацетам 20 % розчин - 10,0 мл внутрішньовенно і тіаміну хлорид 2,5 % - 3,0 мл внутрішньом'язово, нейровітан *per os* 1 таблетка 3 рази в день, гідазепам *per os* по 0,05 вранці і по 0,1 вдень і ввечері; метронідазол *per os* за схемою: по 0,75 (3 таблетки) 3 рази на день протягом перших 3 днів, по 0,5 (2 таблетки) 3 рази на день протягом наступних 3 днів, по 0,25 (1 таблетки) 3 рази на день ще 3 дні; раціональна психотерапія по 20 хвилин двічі на тиждень).

Крім цього хворим призначається препарат лівенціале, що містить натуральні фосфоліпіди (НФЛ) - основний компонент клітинних мембран. Схема лікування наступна: препарат лівенціале вводять внутрішньовенно повільно однократно по 250 мг (1 ампула) на добу протягом перших п'яти днів, а потім препарат лівенціале форте *per os* по 300 мг (1 капсула) 3

рази на добу (добова доза 900 мг НФЛ) з 6 по 25 день лікування. За даними авторів способу, після початку лікування в наркологічному стаціонарі і пов'язаного з цим припинення вживання алкоголю, у хворих протягом перших 2-5 днів спостерігався редукований проведеною фармакотерапією синдром відміни алкоголю. Слідом за цим, мав місце зворотний розвиток як психопатологічної, так і соматичної симптоматики. Зазвичай на 3-6-й день зникали скарги на нудоту, з'являвся апетит. На 5-12-й день істотно поліпшувалася якість нічного сну і збільшувалася його тривалість. У хворих основної групи, які отримували препарат лівенціале, зворотний розвиток астеничного синдрому відбувався швидше, ніж у групі порівняння.

Клінічне поліпшення супроводжувалося сприятливими змінами результатів лабораторних досліджень: відбулася нормалізація кількості лейкоцитів у крові й лейкоцитарної формули (за рахунок зниження кількості паличкоядерних клітин), а також швидкості осідання еритроцитів. Все це вказує на те, що у тих хворих, у яких АХП протікала у формі алкогольного гепатиту, запальний процес у печінці піддався істотному зворотному розвитку.

Протягом лікування істотно знизилася трансаміназна активність крові, а також показники ГГТ і ЛФ. Сприятливі зміни клінічного статусу хворих і результатів лабораторних досліджень супроводжувалися поліпшенням такого інтегрального показника, як якість життя.

Недоліками способу є великий обсяг ліків, які застосовуються одночасно, можливість поліпрагмазії, що не виключає побічних ефектів та ускладнень.

Відомий спосіб лікування алкогольної залежності, ускладненої печінковою патологією, в якому у складі комплексної детоксикаційної, антикревінгової терапії як гепатопротектор призначається препарат антраль: внутрішньо після їжі, 3 рази на добу, по 200 мг на прийом. Тривалість лікування залежить від тяжкості хвороби. Середній курс лікування становить 3-4 тижні. Курс лікування слід повторити після 3-4-тижневої перерви. (Фролов В.М, Григор'єва Г.С., Лоскутова І.В. Досвід і перспективи застосування нового препарату Антраль у клінічній практиці // Фармакологічний вісник.-2000. - № 2. - С. 2-5).

Включення Антралю в схему лікування хронічних гепатитів токсичного (алкогольного) ґенезу покращує суб'єктивні та об'єктивні показники стану хворих: зникають больові відчуття і важкість у правому підребер'ї, нудота, гіркота в роті, загальна слабкість, зменшуються розміри печінки, вона стає більш м'якою і еластичною, різко зменшується жовтяниця та прояви астеновегетативного синдрому. Лікування Антралем сприяє прискоренню нормалізації біохімічних показників, зокрема, активності сироваткових амінотрансфераз (АлАТ і АсАТ), показника тимолової проби, альбумін-глобулінового коефіцієнта, останнього - за рахунок підвищення синтезу альбумінів у печінковій паренхімі.

Слід зазначити позитивний вплив Антралю на показники імунологічного гомеостазу. У хворих на хронічний алкогольний гепатит, які отримували Антраль, відбувалася ліквідація Т-лімфопенії, підвищення кількості лімфоцитів з фенотипом CD4 (Т-хелпери-індуктори) при їх початково зниженому рівні, зменшення рівня ЦВК, у тому числі їх найбільш токсичною середньомолекулярною фракцією (11S-19S), зростання фагоцитарної активності нейтрофілоцитів і макрофагів.

До недоліків способу відносяться можливі побічні ефекти, протипоказання, ускладнення, а також необхідність відносно тривалого прийому препарату

В основу корисної моделі поставлено задачу удосконалення способу інтегрованої терапії алкогольної залежності, ускладненої коморбідною патологією печінки, в якому за рахунок зміни схеми лікування, досягається підвищення ефективності та скорочення терміну лікування.

Поставлена задача вирішується в способі інтегрованої терапії алкогольної залежності, ускладненої коморбідною патологією печінки шляхом застосування загальноприйнятої детоксикаційної та симптоматичної антиалкогольної фармакотерапії (натрію гідрокарбонат, вітаміни групи В, аскорбінова кислота, рибоксин, магнію сульфат, транквілізатори, традиційні гепатопротектори), згідно з корисною моделлю, призначають гепатопротектори нового покоління: Л'есфаль 5.0 мл внутрішньовенно 1 раз на день на аутокрові (№ 7-10 на курс), Антраль 1 таблетка (0,2 г) 3 рази на день (№ 14-21 день на курс); мембранний плазмаферез (апарат "Гемофенікс", фільтр "Роса") 2-3 сеанси (з ексфузією плазми крові від 750 до 850 мл. за один сеанс) та процедура психотерапевтичного опосередкування наявних візуальних ознак токсико-метаболічного (ксенобіотичного) забруднення видаленої при мембранному плазмаферезі плазми, що зумовлено хронічною алкогольною інтоксикацією.

Спосіб інтегрованої терапії алкогольної залежності, ускладненої коморбідною патологією печінки, в якому концептуально та синергетично поєднані наступні складові:

а) адаптоване обмеження (мінімізація) багатоскладових стандартних комплексів, які містять велику кількість та дозування фармакологічних препаратів;

б) синхронне (поєднане з метою ад'юванції) застосування внутрішньовенної та пероральної лікарських форм гепатопротекторів нового покоління (Л'есфаль + Антраль), які впливають на різні патогенетичні механізми алкогольного ураження функцій та строми печінки.

в) використання детоксикаційного та імунокоригуючого ефектів немедикаментозного нанотехнологічного методу мембранного плазмаферезу;

г) цілеспрямоване психотерапевтичне опосередкування наявних візуальних ознак токсико-метаболічного (ксенобіотичного) забруднення ексфузованої плазми, зумовленого хронічною алкогольною інтоксикацією.

Спосіб здійснюють поетапно на фоні мінімізації традиційної патогенетичної детоксикаційної та симптоматичної фармакологічної терапії.

1. Проводять стандартний комплекс клініко-психопатологічного, та патофизиологічного, лабораторного, електрофізіологічного, біохімічного обстеження та ідентифікують наявність дуальної (подвійної) патології - синдрому алкогольної залежності, алкогольного абстинентного синдрому та алкогольної хвороби печінки.

2. З метою купування алкогольного абстинентного синдрому пацієнту проводять найбільш ефективну на теперішній час детоксикаційну процедуру мембранного плазмаферезу з застосуванням одного з відомих апаратів (наприклад, "Гемофенікс"), мембранний нанотехнологічний фільтр "Роса", об'єм ексфузованої плазми - від 800 до 1000 мл, термін кожної процедури - від 60 до 80 хвилин, на курс - від 1 до 3 процедур (з інтервалом між процедурами 3-5 днів).

3. Гепатопротектори: Л'есфаль - по 5,0 мл внутрішньовенно на аутокрові, щоденно один раз на добу, на курс 5-10 ін'єкцій; та одночасно з Л'есфалем - гепатопротектор Антраль перорально в таблетках по 0,2 г на один прийом через 20-30 хв. після їжі 3 рази на добу, з продовженням курсу Антраля до 3-4 тижнів, та, за необхідністю, - повторення курсу Антраля через 3-4 тижні.

4. Оскільки видалена в процесі процедури плазма крові має типові ознаки ксенобіотичного забруднення (відсутність прозорості, змінений колір, наявність конгломератів тощо, хворому, з метою активації антиалкогольних мотивацій відмови від вживання алкоголю, безпосередньо по ходу процедури МПФ та безпосередньо після неї здійснюють психотерапевтичне опосередкування наявних візуальних ознак токсико-метаболічного (ксенобіотичного) забруднення ексфузованої плазми, зумовленого хронічною алкогольною інтоксикацією.

Про високу ефективність запропонованого Способу інтегрованої терапії алкогольної залежності, ускладненої коморбідною патологією печінки, свідчить наступний клінічний приклад.

Виписка з історії хвороби пацієнта П.В.Г., 50 років.

Скарги на слабкість, нудоту, печію, гіркоту у роті, відсутність апетиту, біль у правому підребер'ї, порушення сну, нічні кошмари, почуття напруження, тривогу, непереборний потяг до алкоголю.

Анамнез життя. Ранній розвиток без особливостей, спадковість обтяжена алкогольною залежністю у батька. Освіта середня спеціальна, електрик, трудова діяльність з 20 років, часто змінював місце роботи, останні роки не працює через алкоголізацію. В армії служив у строк, повністю. Одружений, проживає в сім'ї, доросла дочка. Не судимий. Туберкульоз, вірусний гепатит заперечує. Черепно-мозкових травм, алкогольних психозів не було. Палить з 18 років, в даний час в середньому по 20 сигарет на добу. Анамнез хвороби. Вживає спиртні напої з 21 року. Всі види контролю (кількісний, ситуаційний) втрачені, синдром залежності сформований. З 30 років стійкий похмільний синдром, з сомато-вегетативним, неврологічним і психічним компонентом. Форма зловживання алкоголем запійна, запої по 7-14 днів, світлі проміжки від 1 до 3 місяців, толерантність у запої 1,5 л горілки, разова доза 150-200 мл горілки, вживання алкоголю - протягом доби, в тому числі і в нічний час. Протягом останнього року збільшилась кількість запійних днів до 1 місяця, скоротилася тривалість світлих проміжків до 1-2 тижнів, зменшилась кількість як разового до 50 мл, так і добового споживаного алкоголю до 0,5 л на добу, що сам пацієнт пояснює тим, що "вже печінка не витримує", "схуд на 5 кілограмів", "став погано їсти, постійно печія, гіркота, немає сил щось зробити". На прохання дочки вирішив звернутися до нарколога. Остання алкоголізація вчора 250 мл горілки, пив протягом місяця.

Соматичний статус. Зниженого харчування, шкірні покриви бліді, сухі, в'ялі, вільні від висипань. Запах алкоголю і перегару з рота. Обличчя гіперемоване, одутле, склери ін'єктовані, субктеричні, в легенях везикулярне дихання, тони серця приглушені, пульс 112 ударів на хвилину, артеріальний тиск 160/110 мм рт. ст., живіт м'який, помірно болючий в правому підребер'ї, печінка виступає з-під краю реберної дуги на 3,5 см, симптом Пастернацького негативний з обох сторін.

Неврологічний статус. Без грубої осередкової і менингеальної симптоматики. Зіниці D=S, ністагм у крайніх відведеннях, повіки птозовані, носо-губний трикутник згладжений, сухожильні рефлекс D=S, підвищені, зони викликання їх розширені.

В позі Ромберга атаксія, пальце-носова проба з промахуванням.

5 Тремор пальців витягнутих рук, повік, кінчика язика, виражений гіпергідроз.

Психічний статус. Контакт продуктивний, але на запитання відповідає не охоче, дратівливий та агресивний по відношенню до дочки, плаксивий, просить надати допомогу, "не можу більше пити". Орієнтування всіх видів збережено. Обманів сприйняття не виявляє. Емоційно лабільний, фон настрою знижений. Критика до свого стану і ставлення до лікування формальне: "мені потрібно підлікувати печінку", не пов'язує погіршення свого стану з вживанням алкоголю.

10 Клінічний аналіз крові: гемоглобін 158 г/л, лейкоцити 8,0 г/л, ШОЕ 12 мм/рік, нейтрофіли паличкоядерні 4 %, сегментноядерні 61 %, еозинофіли 3 %, базофіли 1 %, лімфоцити 26 %, моноцити 5 %. Гематокрит 48 %.

В біохімічному аналізі крові:

15 Білірубін 18,6 мкмоль/л, АлАТ 2,78 ммоль/чхл, АсАТ 1,91 ммоль/чхл, лужна фосфатаза 1584,6 нмоль/схл, ГГТ 1,83 мккат/л, загальний білок 77,7 г/л, тимолова проба 1,28 од,  $\beta$ -ліпопротеїди 52 у.од., загальний холестерин 6,08 ммоль/л.

Методика "Самопочуття, Активність, Настрій": Самопочуття 3,4 бала, Активність 2,8 бала, Настрій 5,5 бала. Показник Настрій в межах норми, показники Самопочуття і Активність нижче

20 норми. При оцінці інтенсивності больового синдрому в правому підребер'ї використовували Візуальну аналогову шкалу (Visual Analog Scale, VAS), яка являє собою пряму лінію довжиною 10 см, початок якої відповідає відсутності болю - "болю немає", кінцева точка на шкалі відбиває "нестерпний біль". Кожен сантиметр за візуальною аналоговою шкалою відповідає 1 балу. При

25 дослідженні до лікування інтенсивність болю в правому підребер'ї складала 5 балів.

На підставі скарг на слабкість, нудоту, печію, гіркоту у роті, відсутність апетиту, біль у правому підребер'ї, порушення сну, нічні кошмари, почуття напруження, тривоги, непереборний потяг до алкоголю, анамнезу життя і захворювання (багато років вживає алкоголь, всі види контролю втрачені, синдром залежності сформований), об'єктивного обстеження (склери

30 ін'єктовані, субектеричні, болючість в правому підребер'ї, печінка виступає з-під краю реберної дуги на 3,5 см, додаткових методів дослідження (в біохімічному аналізі крові - підвищення рівня трансаміназ: АЛТ 2,78 ммоль/чхл, норма до 0,68 ммоль/чхл; АсАТ 1,91 ммоль/чхл, норма до 0,45 ммоль/чхл; ГГТ 1,83 мккат/л, норма до 1,77 мккат/л) можна поставити діагноз: Синдром

35 алкогольної залежності, епізодичне вживання F 10.26; Алкогольна хвороба печінки, алкогольний гепатит K70.1.

Разом з загальноприйнятою детоксикаційною та симптоматичною терапією (натрію гідрокарбонат 200,0 внутрішньовенно крапельно №2, вітаксон 2,0 внутрішньом'язово №10, аскорбінова кислота 5 % 2,0 внутрішньовенно № 10, рибоксин 10,0 внутрішньовенно №10, магнію сульфат 25 % 5,0 внутрішньом'язово № 10, сібазон 0,5 % 4,0 внутрішньом'язово №3)

40 пацієнт отримував гепатопротектори: л'есфаль 5,0 мл внутрішньовенно 1 раз на день на аутокрові №10, антраль 1 таблетка (0,2 г) 3 рази на день №20, мембранний плазмаферез 2 сеанси.

Протягом перших днів лікування зберігалися скарги на слабкість, нудоту, відсутність апетиту, тяжкість у правому підребер'ї, сухість в роті, тремор пальців рук, пітливість, зберігався і

45 потяг до алкоголю. Пацієнт просив дочку на побаченні "принести випити, або забрати мене з лікарні", був дратівливий, кричав на дочку. На 2 день лікування на фоні застосування гепатопротекторів провели мембранний плазмаферез на апараті "Гемофенікс", плазмодіфільтр "Роса", було вилучено 750 мл темно-жовтого, майже коричневого кольору плазми, яка, з метою

психотерапевтичного опосередкування, була візуально продемонстрована пацієнту. Ввечері

50 пацієнт відзначив деяке поліпшення самопочуття, зменшилася нудота, печія, з'явився апетит, повечеряв. Ніч спав спокійно. Вранці відзначив поліпшення стану, потяг до алкоголю

заперечував, мав намір продовжити лікування, "побачив своїми очима, скільки з мене бруду

вийшло", "хочу підлікувати печінку". Застосування гепатопротекторів також супроводжувалося

проведенням раціональної психотерапії, спрямованої на вироблення мотиваційної установки на

55 неприпустимість вживання алкоголю при токсичному ураженні печінки. На 6 день терапії, через 3 дні після першого сеансу, був проведений повторний мембранний плазмаферез, експузовано 850 мл плазми жовтого кольору, яка була продемонстрована пацієнту в порівнянні з

попередньою плазмою на слайді. Після завершення детоксикації, на 7 день терапії, зазначив

значне поліпшення стану, були куповані тремор, пітливість, печія, нудота, нормалізувався

60 нічний сон, апетит, нормалізувався артеріальний тиск 130/90 мм рт. ст. Зберігалися слабкість,

періодична тяжкість у правому підребер'ї, тремор пальців рук, головний біль. Продовжував прийом симптоматичної терапії, прийом гепатопротекторів і сеанси індивідуальної психотерапії.

На 20 день лікування зазначав значне поліпшення стану, скарги зберігалися на періодичну слабкість у другій половині дня. Потяг до алкоголю заперечував, був налаштований на тверезість, згоден, що "проблеми з печінкою пов'язані зі зловживанням алкоголем", у біохімічному аналізі крові чітка тенденція до нормалізації рівня трансаміназ, підвищення загального білка, зниження кількості холестерину: Білірубін 12,4 мкмоль/л, АлАТ 1,54 ммоль/чхл, АсАТ 0,78 ммоль/чхл, лужна фосфатаза 1492,2 нмоль/схл, ГГТ 1,12 мккат/л, загальний білок 82,4 г/л, тимолова проба 2,64 од,  $\beta$ -ліпопротеїди 54 у.од., загальний холестерин 4,28 ммоль/л. За методикою "Самопочуття, Активність, Настрій" відмічено підвищення рівня Самопочуття до 4,8 балів, Активності до 4,2 балів і деяке зниження рівня Настрою до 4,0 балів. Інтенсивність болю за Візуальною аналоговою шкалою 2 бали.

Виписаний на 21 день лікування, рекомендовано продовжити прийом гепатопротектора антраль 1 таблетка 3 рази на день 10 днів.

Катамнез 4 місяці: З'явився на контрольний огляд лікаря-нарколога в супроводі дочки. Скарг не пред'являє, алкоголь не вживає, відзначає збільшення маси тіла на 3 кілограми, сон і апетит достатні, тяжкість у правому підребер'ї, нудота, печія не турбують. В біохімічному аналізі крові: Білірубін 12,2 мкмоль/л, АлАТ 0,86 ммоль/чхл, АсАТ 0,52 ммоль/чхл, лужна фосфатаза 1442,6 нмоль/схл, ГГТ 0,77 мккат/л, загальний білок 85,2 г/л, тимолова проба 1,84 од,  $\beta$ -ліпопротеїди 38 у.од, загальний холестерин 4,12 ммоль/л. Інтенсивність болю 0,5 бала.

Катамнез 1 рік. Пацієнт алкогольні напої не вживає. Стан стійкої ремісії. Антиалкогольні мотивації зберігаються. Ознак загострення печінкової хвороби за цей період не було. Працює.

Таким чином, запропонований спосіб може бути ефективно використаним для інтегрованого лікування алкогольної залежності, ускладненої коморбідною патологією печінки.

#### ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб інтегрованої терапії алкогольної залежності, ускладненої коморбідною патологією печінки, шляхом застосування загальноприйнятої детоксикаційної та симптоматичної антиалкогольної фармакотерапії (натрію гідрокарбонат, вітаміни групи В, аскорбінова кислота, рибоксин, магнію сульфат, транквілізатори, гепатопротектори), який **відрізняється** тим, що призначають гепатопротектори нового покоління: Л'есфаль 5.0 мл внутрішньовенно 1 раз на день на аутокрові (№ 7-10 на курс), Антраль 1 таблетка (0,2 г) 3 рази на день (№ 14-21 день на курс); мембранний плазмаферез (апарат "Гемофенікс", фільтр "Роса") 2-3 сеанси (з ексфузією плазми крові від 750 до 850 мл за один сеанс) та процедура психотерапевтичного опосередкування наявних візуальних ознак токсико-метаболического (ксенобіотичного) забруднення видаленої при мембранному плазмаферезі плазми, що зумовлено хронічною алкогольною інтоксикацією.

---

Комп'ютерна верстка Л. Литвиненко

---

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Урицького, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

---

ДП "Український інститут промислової власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601