



УКРАЇНА

(19) UA (11) 12872 (13) U
(51) МПК (2006)
A61B 5/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ У ПОСТ-РАЖДАЛИХ ВНАСЛІДОК ЕКСТРЕМАЛЬНИХ ПОДІЙ

1

(21) u200504985
(22) 26.05.2005
(24) 15.03.2006
(46) 15.03.2006, Бюл. № 3, 2006 р.
(72) Шестопалова Людмила Федорівна, Болотов Дмитро Михайлович
(73) ІНСТИТУТ НЕВРОЛОГІЇ, ПСИХІАТРІЇ ТА НАРКОЛОГІЇ АМН УКРАЇНИ

2

(57) Спосіб комплексного лікування посттравматичних стресових розладів у постраждалих внаслідок екстремальних подій, який **відрізняється** тим, що у доповнення до методик когнітивно-поведінкової терапії (раціональна терапія Елліса і моделюючі техніки) та техніки прогресивної м'язової релаксації за Е. Джекобсоном призначають фармакологічні засоби (переважно антидепресанти і транквілізатори).

Корисна модель відноситься до медицини, точніше - психіатрії та психотерапії і може бути застосований під час проведення лікувально-реабілітаційних заходів у хворих, які постраждали внаслідок впливу чинників екстремальних подій і мають посттравматичні стресові розлади (ПТСР).

Відомо, що основу клінічної картини посттравматичних стресових розладів становлять специфічні когнітивні порушення, які тісно пов'язані з емоційними, в першу чергу депресивними і тривожними, а також поведінковими порушеннями. Окрім цього, можуть мати місце скарги на соматичний стан. Саме тому процес ефективного лікування, який зазвичай являє собою поєднання комплексу медикаментозних та не медикаментозних засобів та методів, повинен бути спрямованим на усунення когнітивних, емоційних, поведінкових та соматичних порушень. Тому одночасне застосування фармакологічних засобів (переважно антидепресантів і транквілізаторів) і психотерапевтичного комплексу, створеного на основі методів когнітивно-поведінкової психотерапії і прогресивної м'язової релаксації, при лікуванні хворих на ПТСР є ефективним і доцільним.

Аналогом корисної моделі є метод фармакологічного лікування хворих на ПТСР (Посттравматичні стресові розлади: діагностика, лікування, реабілітація: Методичні рекомендації [Волошин П.В., Шестопалова Л.Ф., Підкоритов В.С. - Харків, 2002. - 47с.], який поєднує у собі використання різних груп препаратів: антидепресантів, транквілізаторів, снодійних засобів, тимостабілізаторів, а інколи антипсихотичних препаратів, церебропро-

текторів та β -адреноблокаторів. Антидепресанти (переважно з седативною та протитривожною дією) складають основу фармакологічного блоку. Серед усього спектра антидепресантів перевага надається групі препаратів, що за фармакологічною дією відносяться до селективних інгібіторів зворотного захвату серотоніну та норадренергічних специфічних серотонінергічних антидепресантів (сертралін (золотф), флуоксетін (прозак), циталопрам (ципраміл), міртазапін (ремерон) та ін.). Вони краще переносяться хворими, приймаються один раз на добу, при їх застосуванні рідше виникають побічні ефекти, не мають кумулятивного ефекту. Призначення транквілізаторів має симптоматичний характер; вони застосовуються з метою швидкого зменшення астено-невротичних, астено-депресивних, а також тривожно-фобічних проявів. Найчастіше використовують: альпразолам (кассадан), діазепам (сибазон), гідазепам, грандаксин та ін. Приймаючи до уваги, що при їх тривалому вживанні може розвинути залежність, терапія транквілізаторами має короткостроковий характер (бажано до 3-х тижнів, але не більше 3-х місяців). З групи препаратів, що справляють виражений снодійний ефект, найбільш широке застосування отримали такі сучасні небензодіазепінові засоби, як імован (зопіклон), івадал (золпідем). Вони застосовуються при всіх видах інсомнії і не мають небажаного супутнього ефекту (міорелаксуючого, седативного). Використання нормотиміків, антипсихотиків, ноотропів та препаратів інших фармакологічних груп носить симптоматичний характер.

(19) UA (11) 12872 (13) U

Прототипом корисної моделі є спосіб психотерапії [Спосіб комплексної психотерапії психічних порушень у осіб, які пережили екстремальні події. - Пат. 3262 Україна, МПК А61В5/00 / Шестопалова Л.Ф. (Україна), Болотов Д.М. (Україна); ІНПН АМН України. - №2003076231; Заявл.04.07.2003; Опубл.15.11.2004], який дає змогу подолати розвиток або усунути як емоційні і когнітивні порушення, так і деякі негативні поведінкові і соматичні ознаки. Цей метод допомагає хворому досягти стану "тілесного та емоційного спокою", дозволяє керувати цим станом (а через це взяти контроль над ним). Однак, цей метод має недостатній вплив у тих випадках, коли пережиті травматичні події стали причиною формування та розвитку симптомів емоційних порушень, важкість яких дорівнює депресивному епізоду важкого ступеня, і наявність яких ускладнює лікувальну роботу з когнітивними і поведінковими порушеннями. Тому є очевидним, що окреме використання цього способу психотерапії без застосування фармакологічних засобів є недостатнім.

В основу корисної моделі покладено задачу щодо удосконалення і підвищення ефективності способу комплексного лікування посттравматичних стресових розладів у постраждалих внаслідок екстремальних подій, шляхом використання нового лікувального комплексу, який поєднує застосування методик когнітивно-поведінкової психотерапії і техніки прогресивної м'язової релаксації з фармакологічними засобами (антидепресантами, транквілізаторами та ін.). Таке комплексне використання засобів фармакотерапії та методик психотерапії забезпечує прискорення загального процесу одужання, сприяє скороченню терміну призначення та зменшенню дози фармакологічних препаратів (насамперед, антидепресантів), підвищує або відновлює адаптаційні ресурси, змінює на краще загальну якість життя та запобігає розвитку деяких коморбідних психічних розладів (в першу чергу, депресивних станів).

Перевага такого комплексного поєднання полягає у тому, що фармакологічні засоби і методи психотерапії виступають у ролі ефективного доповнення один до одного, взаємно потенціюючи дію кожного з лікувальних напрямків. Призначення фармакологічних засобів, особливо на перших етапах лікування, зменшує травматичний вплив чинників екстремальних подій, тим самим запобігає розвитку важких і несприятливих за перебігом форм посттравматичного стресового розладу. Окрім цього, їх призначення полегшує процес відбудови терапевтичного альянсу між терапевтом і пацієнтом, цим самим прискорюючи встановлення лікувального ефекту від застосування методів когнітивно-поведінкової терапії та прогресивної м'язової релаксації. Своєчасне використання когнітивно-поведінкових та релаксаційних технік дозволяє пацієнту "скинути тягар емоційного напруження", який утворюється під впливом травматичної події, а також під час психотерапії негативних травматичних спогадів та їх інтеграції з подіями теперішнього часу. Зменшення емоційної напруги в рамках психотерапії дозволяє зменшити дозу фармпрепаратів (насамперед, антидепресантів). У тих випадках, коли хворий недооцінює

ефект від фармакологічного лікування, відчуває нескеровані емоції розгубленості, невпевненості, жаху або паніки під час звернення до травматичних спогадів, коли хворий не має особливої довіри до методів когнітивної психотерапії, вважаючи її прикладом "сухого аналізу", залучення технік релаксації допомагає встановлювати довірливий невербальний зв'язок між лікарем та пацієнтом та долати негативний емоційний стан, підвищуючи тим самим ефективність фармако- та психотерапії. Призначення комплексу дозволяє: а) знизити інтенсивність клініко-патопсихологічних порушень посттравматичного стресового розладу; б) усунути негативний соматичний компонент психічного розладу; в) замінити ірраціональні когнітивні утворення на більш адаптивні; г) подолати внутрішній опір щодо інтеграції травматичного досвіду; д) полегшити сам процес терапевтичної інтервенції; е) скоротити термін лікування; є) підвищити соціальну активність та адаптованість хворого.

Спосіб виконується таким чином.

Початок терапевтичного втручання повинен бути, по можливості, максимально раннім, вслід за дією стресора. Вибір фармакологічних препаратів визначається змістом і особливостями перебігу клінічної картини, а також особистісними і фізіологічними особливостями хворих. Фармакологічне лікування повинно дотримуватись принципів етапності, що полягає в послідовному застосуванні лікарських засобів з дотриманням термінів призначення, точного дозування препаратів. Терапія антидепресантами розпочинається з їх призначення разом з транквілізаторами або снодійними засобами, а в разі потреби і β-адреноблокаторами. Тривалість призначення антидепресантів обумовлена ступенем виразності депресивної симптоматики, і складає не менш ніж 2-4 місяці. Найчастіше призначають: сертралін (золофт) у дозі 150-200мг (однократно на протязі 2-4 місяців), флуоксетин (прозак) - 60-80мг (однократно на протязі 2 місяців), флувоксамін (феварин) - 100-300мг (1-2 рази на добу на протязі 2 місяців), циталопрам (ципраміл) - 20-40мг (1-2 рази на добу на протязі 2 місяців), ципралекс (есциталопрам) - 10-20мг (однократно на протязі 2-4 місяців), ремерон (міртазапін) - 30-60г (однократно на протязі 2-4 місяців), тіанетпін (коаксил) - 12,5-25мг (три рази на добу на протязі 2-4 місяців) та ін. Призначення транквілізаторів має тимчасовий характер, воно обумовлено їх швидкою седативною і анкіолітичною дією, на відміну від антидепресантів, ефект від вживання яких настає не раніше ніж через 10-14 днів. Тривалість застосування транквілізаторів складає, як правило, 3-4 тижні, а в особливих випадках - не більше 3-х місяців. Найчастіше застосовують: діазепам (седуксен) у дозі 15-60мг на добу (1-3 рази на добу на протязі 1-2 місяців), феназепам - 1,5-8мг/доба (1-3 рази на добу на протязі 1-2 місяців), гідазепам - 20-60мг/доба (1-3 рази на добу на протязі 1-2 місяців), альпразолам (кассадан) 1-3мг/доба (1-3 рази на добу на протязі 1-2 місяців) та ін. Застосування снодійних засобів рекомендується виключно короткими курсами у тих випадках, коли у клінічній картині є поєднання симптомів порушення сну з афективними розладами. Застосовують: зопіклон (імован) у дозі 7,5-15мг на добу

(1-3 на добу на протязі місяця), золпідем (івадал) - 5-10мг/доба (1-3 рази на добу на протязі місяця) та ін. Вибір β -адреноблокаторів обумовлений тим, що вони справляють швидкий протитривожний ефект, мають вегетостабілізуючу дію і, на відміну від транквілізаторів, у них відсутній ефект значної седатії. Їх призначають малими дрібними дозами: атенолол - 25-50мг/доба (2-3 рази на добу на протязі 1-2 місяців), тразикор (окспренолол) - 10-20мг/доба (2-3 рази на добу на протязі 1-2 місяців), анаприлін (обзидан) - 10-20мг/доба (2-3 рази на добу на протязі 1-2 місяців) та ін. Нейролептичні засоби застосовуються виключно в тих випадках, коли тривога супроводжується вираженим психомоторним збудженням та/або дезорганізацією мислення, а також у випадках неефективності інших анксиолітичних та седативних засобів. Найчастіше призначають: клозапін (лепонекс) - 50-300мг/доба (1-3 рази на добу на протязі 3-4 місяців), тіоридазин (саналакс) - 25-125мг/доба (1-3 рази на добу на протязі 1-3 місяців) та ін. У якості "стабілізаторів настрою" використовують тимоізолептичні препарати: літію карбонат (контемнол) - 600-3000мг/доба (2-3 рази на добу на протязі 2 місяців і більше), карбамазепін (фінлепсін) - 600-1200мг/доба (2-3 рази на добу на протязі 2 місяців і більше), препарати вальпроєвої кислоти (депакін, орфірил) - 600мг/доба (2-3 рази на добу на протязі 2 місяців і більше) та ін.

Застосування психотерапевтичного блоку також повинно бути максимально раннім. Але в деякому відсотку випадків когнітивні техніки повинні застосовуватись після перших проявів дії антидепресантів. У тих випадках коли терапевтичний альянс між пацієнтом та психотерапевтом легко встановлюється, а також легко відбувається робота з "когнітивними помилками", когнітивно-поведінкова терапія становить основу психотерапевтичного процесу, а техніка релаксації виступає у ролі доповнення. У тих випадках, коли пацієнт має певні труднощі з встановленням особистісних контактів, виказує недовіру терапевту або відчуває емоції тривоги, жаху, невпевненості та розгубленості, а також коли соматичні прояви стресу перебільшують емоційні та когнітивні порушення або ускладнюють роботу з останніми, у цих випадках релаксаційні техніки повинні передувати методам когнітивно-поведінкової психотерапії.

Курс когнітивно-поведінкової психотерапії у кожному випадку є індивідуальним як за змістом, так і за тривалістю проведення. Частота терапевтичних сесій - 1-2 рази на тиждень, кожна тривалістю від 60 до 90 хвилин. Релаксаційний тренінг може бути запропонований як в індивідуальній (у вигляді сеансів самонавчання - 1-2 рази на добу), так і в груповій формі (2-3 рази на тиждень). Повний курс терапевтичного втручання становить від 3 до 6 місяців, а інколи і довше. Тривалість одного сеансу - від 30 (індивідуальний) до 60 хвилин (груповий).

При використанні корисної моделі клінічно отримуюмо зменшення або повне усунення проявів афективних порушень, заміну помилкових когнітивних утворень на більш раціональні та логічно обґрунтовані, інтеграцію травматичного досвіду та подій минулого із подіями теперішнього часу, аде-

кватне їх сприймання, відтворення відчуття перспективи майбутнього, подолання негативних соматичних проявів стресу у вигляді м'язової напруженості і м'язового болю, підвищеної вегетативної збудженості і т. ін.

Приклад: Хворий Олександр К., 18 років, діагноз: посттравматичний стресовий розлад. Неодружений, військовослужбовець строкової служби. Звернувся зі скаргами на постійне відчуття вираженої тривоги, нав'язливі спогади з минулого, відчуття, що травматична подія відбувається знов, постійну психоемоційну напругу і водночас втомленість, суттєве зниження настрою, відсутність апетиту, порушення сну та нічні кошмари, постійне уникання осіб та розмов, що нагадують негативні події минулого. Вперше ці жалоби виникли у червні 2003 року, через декілька тижнів після того, як пацієнт зазнав загрози вбивства та став свідком загибелі свого співслужбовця. Під час чергового звільнення Олександр К. с приятелем залишили військову частину і виїхали до найближчого райцентру, де познайомились у парку з двома дівчатами. У ввечері, виходячи вчетверо з кінотеатру, вони були зупинені групою хлопців 20-25 років, які перебували під впливом алкоголю і виявились знайомими дівчат. Вони почали погрожувати приятелям через те, що ті "гуляють з чужими дівчатами". Хлопці на початку не звертали уваги на ці погрози і намагались уникнути переслідування на алеях парку. Але це їм не вдалось; через деякий час незнайомці оточили їх з усіх боків і почали фізично знущатись. Приятелі намагались захистити себе, але це їм не вдалось. Олександр не пам'ятає коли і у кого з нападників вперше з'явився ніж. Через декілька хвилин один з хлопців притиснув лезо до його горла, а інший розмахував їм перед приятелем Олександром. Той намагався вибити ніж, але послизнувся і впав. Нападакник наскочив на нього зверху і декілька разів ударив його ножом у бік. Після цього хлопці залишили приятелів на одинці. Олександр намагався підняти приятеля, кликав на допомогу. Через деякий час він спромігся довести його до виходу з парку, звідки зателефонував до швидкої, яка приїхала приблизно через 30-35 хвилин. За цей час приятель втратив забагато крові і неприємно. Він помер під час хірургічної операції у районній лікарні. Через цей випадок Олександр запізнівся зі звільнення і повинен був давати пояснення черговому офіцеру. Через цю подію Олександра було викликано до начальства військової частини, де його звинуватили у тому що трапилось. Окрім цього, йому довелося давати свідчення під час проведення слідства, під час якого він зрозумів, що міліція намагаться скинути всю провину на нього. Далі більше, хлопці з його підрозділу також почали звинувачувати його й загибелі товариша. Через все це у хлопця різко знизився настрій, став відсутнім сон і апетит, зростала тривога, почали переслідувати спогади про вбивство друга і нічні кошмари, де "основним мотивом" були травматичні події, з'являлось відчуття, що він знову перебуває під загрозою зброї і фізичного насильства (флешбеки). Олександр відмічав постійну напругу, стомлення, інколи виникали немотивовані напади паніки або жаху, почав уникати своїх співслужбовців і

офіцерів частини, постійно відчував провину і став думати про самогубство. Зміну його настрою та поведінки було відмічено старшим офіцером і, Олександра було госпіталізовано до психіатричного відділення військового шпиталю, де йому було виставлено діагноз "Посттравматичний стресовий розлад". Йому було призначено: сертралін у дозі 200мг/доба, гідазепам - 60мг/доба, імован - 15мг/доба, фінлепсін - 600мг/доба. На 10 день перебування у стаціонарі хлопцю було запропоновано пройти індивідуальний курс когнітивно-поведінкової психотерапії у поєднанні із курсом релаксаційних методик. Психотерапевтичне втру-

чання відбувалось протягом 36 днів з частотою терапевтичних зустрічей 3 рази на тиждень, тривалістю 1,5 години (30 хвилин на релаксацію та 60 хвилин - когнітивно-поведінкова терапія). Під час курсу терапії вдалося повністю подолати почуття провини щодо вбивства приятеля. Значно зменшились симптоми психоемоційної напруги, зникли флешбеки, відновився апетит, покращився нічний сон. Думок про самогубство більше не мав. Пацієнт був готовий до повернення у військову частину. Рекомендовано продовжити релаксаційний курс протягом 1 місяця, а також консультації та нагляд психолога військової частини.