



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **80006** (13) **U**
(51) МПК
A61K 31/42 (2006.01)
A61N 1/20 (2006.01)

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: u 2012 13196	(72) Винахідник(и): Петрюк Олександр Петрович (UA), Петрюк Петро Тодорович (UA), Іваничук Ольга Петрівна (UA)
(22) Дата подання заявки: 19.11.2012	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 13.05.2013	(73) Власник(и): Петрюк Олександр Петрович, вул. Поштова, 3, м. Дубровиця, Рівненська обл., 34100 (UA), Петрюк Петро Тодорович, вул. Поштова, 3, м. Дубровиця, Рівненська обл., 34100 (UA), Іваничук Ольга Петрівна, вул. В. Кільцева, 132, кв. 92, м. Харків, 61143 (UA)
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 13.05.2013, Бюл.№ 9	

(54) СПОСІБ ІНТЕНСИВНОГО ЛІКУВАННЯ ДЕКОМПЕНСАЦІЙ У ХВОРИХ З ДИСОЦІАЛЬНИМ РОЗЛАДОМ ОСОБИСТОСТІ З АГРЕСИВНОЮ ПОВЕДІНКОЮ

(57) Реферат:

Спосіб інтенсивного лікування декомпенсацій у хворих з дисоціальним розладом особистості з агресивною поведінкою включає використання риссету і проведення трансцеребральної гальванізації. Додатково протягом тижня перорально добову дозу риссету підвищують від середньої до високої (щоденно по 1,0-2,0 мг до 8,0-9,0 мг/доб.). Через 2 год. після ранкового перорального прийому риссету проводять трансцеребральну гальванізацію з постійним збільшенням сили струму від 2 до 5 мА, його щільності від 0,04 до 0,08 мА/см², тривалості процедури від 20 до 25 хв. при курсі лікування 15 щоденних процедур.

UA 80006 U

Корисна модель належить до медицини, а саме до психіатрії, і може бути використана для інтенсивного лікування декомпенсацій у хворих з дисоціальним розладом особистості з агресивною поведінкою.

Відомий спосіб інтенсивного лікування декомпенсацій у хворих з дисоціальним розладом особистості з агресивною поведінкою, котрий включає пероральний прийом високих доз психотропних засобів, в т.ч. риссету (Принципы и практика психофармакотерапии: Пер. с англ. С.А. Малярова / Ф.Дж. Яничак, Дж.М. Дэвис, Ш.Х. Прескорн, Ф.Дж. Айд мл. - К.: Ника - Центр, 1999. - 728 с).

Недоліком відомого способу є велика тривалість курсу лікування, що зумовлено недостатньою терапевтичною активністю, а також відсутністю можливості швидко нарощувати концентрацію психотропних засобів, в т. ч. риссету, безпосередньо в заінтересованих структурах головного мозку, активно впливати на динаміку розладу, зокрема на декомпенсацію та агресивну поведінку, створювати умови для реабілітації хворих.

Відомий також спосіб інтенсивного лікування декомпенсацій у хворих з дисоціальним розладом особистості з агресивною поведінкою, котрий включає комбіноване використання психотропних засобів і перемінного електричного струму у вигляді деяких методів електротерапії (Клиническая психиатрия / Бачериков Н.Е., Михайлова К.В., Гавенко В.Л. и др.; Под ред. проф. Н.Е. Бачерикова. - К.: Здоров'я, 1989. - С. 108-133, 319-361).

Недоліком способу є велика тривалість курсу лікування, що зумовлено недостатньою терапевтичною активністю, високою частотою побічних реакцій і ускладнень (вивихи та підвивихи суглобів, тріщини і переломи хребців, бронхопневмонії, зупинка серця і смерть), а також відсутністю можливості швидко нарощувати концентрацію риссету безпосередньо в заінтересованих структурах головного мозку, активно впливати на динаміку розладу, зокрема на агресивну поведінку, регрес стану декомпенсації і створювати умови для реабілітації хворих.

Найбільш близьким по технічній суті і досягуваному результату до заявленого є спосіб лікування декомпенсацій у хворих з дисоціальним розладом особистості з агресивною поведінкою, котрий включає поєднання перорального і парентерального прийомів психотропних засобів і гальванізацію комірцевої зони по О.Ю. Щербак (Демедюк И.А. Психические заболевания // Клиническая физиотерапия / Оржежковский В.В., Волков Е.С., Демедюк И.А. и др.; Под ред. В.В. Оржежковского. - К.: Здоров'я, 1984. - С. 425-429).

Недоліком способу є велика тривалість курсу лікування, що зумовлено недостатньою терапевтичною активністю, а також відсутністю можливості швидко нарощувати концентрацію риссету безпосередньо в заінтересованих структурах головного мозку, активно впливати на динаміку розладу, зокрема на декомпенсацію та агресивну поведінку, на вираженість психопатичних реакцій, створювати умови для реабілітації хворих.

В основу корисної моделі поставлено задачу скорочення терміну лікування за рахунок підвищення терапевтичного ефекту при інтенсивному лікуванні декомпенсацій у хворих з дисоціальним розладом особистості з агресивною поведінкою шляхом додаткового перорального підвищення добової дози риссету від середньої до високої з подальшим проведенням лікування методом трансцеребральної гальванізації, що забезпечує підвищення терапевтичного ефекту.

Поставлена задача вирішується тим, що згідно з корисною моделлю, додатково протягом тижня перорально добову дозу риссету підвищують від середньої до високої (щоденно по 1,0-2,0 мг до 8,0-9,0 мг/доб.) і через 2 год. після ранкового перорального прийому риссету проводять трансцеребральну гальванізацію з постійним збільшенням сили струму від 2 до 5 мА, його щільності від 0,04 до 0,08 мА/см², тривалості процедури від 20 до 25 хв при курсі лікування 15 щоденних процедур.

Використання риссету для інтенсивного лікування декомпенсацій у хворих з дисоціальним розладом особистості з агресивною поведінкою відомо, але невідомо швидке нарощування концентрації риссету безпосередньо в заінтересованих структурах головного мозку шляхом додаткового перорального підвищення добової дози риссету від середньої до високої і подальшого проведення трансцеребральної гальванізації. Проведення лікування методом трансцеребральної гальванізації співпадає з максимальною концентрацією риссету в плазмі крові внаслідок його основного і додаткового перорального прийомів, отже, з найбільш вираженою його дією.

Механізм дії риссету, який є атипичним нейрорептиком із групи бензизоксазолу, зв'язують з дією його як селективного моноамінергічного антагоніста 5-HT₂-серотонінергічних і D₂-дофамінергічних рецепторів в центральній нервовій системі, а також з блокадою α₁-адренергічних і меншою мірою Н₁-гістамінових та α₂-адренергічних рецепторів. Седативна дія обумовлена блокадою адренорецепторів ретикулярної формації стовбура головного мозку,

протиблювотна дія - блокадою дофамінергічних D₂-рецепторів тригерної зони блювотного центру, гіпотермічна дія - блокадою дофамінергічних рецепторів гіпоталамуса. Разом з цим даний препарат не виявляє дії на холінергічні рецептори, має антипсихотичний ефект (усуває маячні ідеї, галюцинації, автоматизм), а також зменшує почуття страху, гніву, прояви фізичного насильства, емоційну збудливість, вибуховість, зменшує схильність до афективних реакцій, знижує агресивність, підвищує толерантність до фрустрації, благотворно впливає на поведінку хворих з декомпенсаціями у пацієнтів з дисоціальним розладом особистості з агресивною поведінкою, покращує динаміку розладу. Меншою мірою, ніж класичні нейролептики, пригнічує рухову активність і каталепсію.

При цьому, під впливом постійного струму створюються умови для підвищення ефекту дії препарату: виникають електрохімічні процеси в біологічних клітинах, що збільшує проникливість клітинних мембран, умови для потенціювання та пролонгування дії препарату. Це сприяє швидкому надходженню ристету в головний мозок і спинномозкову рідину, вибіркового накопичення його в заінтересованих структурах головного мозку, які мають відношення до патогенетичних ланок дисоціального розладу особистості, зокрема декомпенсації. Разом з цим, дія ристету відбувається при сприятливо зміненій реактивності нервової системи під впливом постійного струму, що значно порідшує появу небажаних побічних реакцій. Все це сприяє скороченню терміну лікування за рахунок підвищення терапевтичного ефекту. Заявлений спосіб інтенсивного лікування декомпенсацій у хворих з дисоціальним розладом особистості з агресивною поведінкою повністю виключає такі важкі ускладнення, як вивихи та підвивихи суглобів, тріщини і переломи хребців, бронхопневмонії, зупинку серця та смерть.

Заявлений спосіб здійснюється наступним чином.

Хворий приймає щоденно о 8 год. ристет усередину в таблетках в дозі від 2,0 до 4,0 мг/доб. Додатково протягом другого тижня перорально добову дозу ристету підвищують від середньої до високої (щоденно по 1,0-2,0 мг до 8,0-9,0 мг/доб.) і через 2 год. після ранкового перорального прийому ристету проводять трансцеребральну гальванізацію. Для цього електрод площею 50 см², котрий складається з трьох сполучних частин (металеві пластини), із яких дві пластини, кожна площею по 10 см², разом з матер'яними прокладками, розміщують на закриті повіки, а третю пластину площею 30 см² з матер'яною прокладкою розміщують на область чола і приєднують до анода джерела струму. Другий електрод площею 100 см² розміщують на зону нижніх шийних хребців в області задньої поверхні шиї і з'єднують з катодом джерела гальванічного струму. Матер'яні прокладки змочують теплою водою (за площею вони відповідають металевим пластинам). Процедури проводять з постійним збільшенням сили струму від 2 до 5 мА, його щільності від 0,04 до 0,08 мА/см², тривалості процедури від 20 до 25 хв при курсі лікування 15 щоденних процедур.

Дані параметри вибрані дослідним шляхом у зв'язку з тим, що при їх використанні виявлявся найвищий терапевтичний ефект.

Спосіб протипоказаний при індивідуальній нестерпності струму, негативному відношенні хворого до трансцеребральної гальванізації, запальних захворюваннях очей, мокрій екземі в місцях накладання електродів, важких соматичних захворюваннях в стадії декомпенсації, органічних захворюваннях нервової системи, гарячкових станах, злоякісних новоутвореннях, схильності до кровотеч, глаукомі, атонії сечового міхура, нирковій недостатності, еклампсії, епілепсії, гіпертрофії передміхурової залози і одночасному застосуванні з інгібіторами МАО.

Спосіб використаний нами у 11 різностатевих праворуких хворих з декомпенсаціями у хворих з дисоціальним розладом особистості з агресивною поведінкою із середньою тривалістю захворювання 18 років у віці від 20 до 60 років, котрі виявляли ознаки декомпенсації - періоди у динаміці розладів особистості, що характеризуються тривалим загостренням психопатичних рис, зокрема подразливості, грубості, нездатності підтримувати взаємовідносини та відчувати почуття провини, низьким порогом розряду агресії, включаючи насильство, нехтуваннями соціальними правилами і обов'язками, їхніми кількісними змінами під дією несприятливих для даного типу розладів особистості чинників оточення, нерідко з агресивною поведінкою. Позитивний результат отримано у 10 хворих, невизначений - у 1 хворого, що підтверджується вірогідними клініко-психопатологічними, патопсихологічними, клініко-біохімічними та електрофізіологічними даними.

Приклад 1. Хворий Щ., 40 років. Діагноз: дисоціальний розлад особистості, декомпенсація з агресивною поведінкою. Хворіє 20 років, 9 разів лікувався стаціонарно в обласній психіатричній лікарні, інвалід III групи, офіційно ніде не працює, перебивається випадковими заробітками на базарі, неодноразово притягувався до кримінальної відповідальності за хуліганство, останній раз лікувався стаціонарно з 05.10.11 р. по 15.11.11 р. з дисоціальним розладом особистості з агресивною поведінкою у зв'язку із декомпенсацією. До застосування заявленого способу

лікування декомпенсацій у хворих з дисоціальним розладом особистості з агресивною поведінкою у даного хворого відмічалась терапевтична резистентність.

Хворий приймав щоденно о 8 год. риссет усередину після їжі в таблетках в дозі 2,0-4,0 мг/доб. Додатково протягом другого тижня перорально добову дозу риссету підвищували від середньої до високої (щоденно по 1,0-2,0 мг до 8,0-9,0 мг/доб.) і через 2 год. після ранкового перорального прийому риссету проводили трансцеребральну гальванізацію з допомогою апарату "Поток-1". Для цього електрод площею 50 см², котрий складається з трьох сполучних частин (металеві пластини), із яких дві пластини, кожна площею по 10 см², разом з матер'яними прокладками, розміщували на закриті повіки, а третю пластину площею 30 см² з матер'яною прокладкою розміщували на область чола і приєднували до анода джерела струму. Другий електрод площею 100 см² розміщували на зону нижніх шийних хребців в області задньої поверхні шиї і з'єднували з катодом джерела гальванічного струму. Матер'яні прокладки змочували теплою водою (за площею вони відповідали металевим пластинам). Процедури проводили з постійним збільшенням сили струму від 2 до 5 мА, його щільності від 0,04 до 0,08 мА/см², тривалості процедури від 20 до 25 хв при курсі лікування 15 щоденних процедур.

Дані лікувальні процедури хворий переніс добре, побічних реакцій і ускладнень не відмічалось.

Внаслідок лікування наступило значне покращення стану хворого - менше став акцентувати увагу на своїх переживаннях, став спокійнішим, зменшились почуття гніву, прояви фізичного насильства, емоційна збудливість, вибуховість, зменшилась схильність до афективних реакцій, наступив регрес стану декомпенсації, нормалізувалася поведінка, підвищилась толерантність до фрустрації, почав звертати увагу на взаємовідносини, відчувати свою провину, став охайним, перестав виявляти прояви агресивної поведінки, став більш товаришким, лагідним, почав багато читати, цікавитися методом трансцеребральної гальванізації, телепередачами та випискою, будувати реальні плани на майбутнє, включатися в трудові процеси, допомагати в догляді за іншими хворими.

Покращення стану хворого підтверджувалось вірогідними клініко-психопатологічними, патопсихологічними, клініко-біохімічними та електрофізіологічними даними.

Таким чином, додаткове пероральне підвищення добової дози риссету від середньої до високої та подальше проведення лікування методом трансцеребральної гальванізації привело до швидкого нарощування його концентрації безпосередньо в заінтересованих структурах головного мозку, зменшення резистентності до психофармакотерапії, покращення динаміки розладу, зокрема регресу декомпенсації та агресивної поведінки, порідшення побічних реакцій і ускладнень, створення умов для реабілітації і скорочування терміну лікування за рахунок підвищення терапевтичного ефекту.

Приклад 2. Хворий Ф., 42 років. Діагноз: дисоціальний розлад особистості, декомпенсація з агресивною поведінкою. Хворіє 25 років, більше 10 разів лікувався стаціонарно в обласній психіатричній лікарні, інвалід III групи, тимчасово працює вартівником на автостоянці, останній раз лікувався стаціонарно з 26.12.11 р. по 02.02.12 р. з дисоціальним розладом особистості з агресивною поведінкою у зв'язку із декомпенсацією. До застосування заявленого способу лікування декомпенсацій у хворих з дисоціальним розладом особистості з агресивною поведінкою у даного хворого відмічалась терапевтична резистентність.

Хворий приймав щоденно о 8 год. риссет усередину після їжі в таблетках в дозі 3,0 мг/доб. Додатково протягом другого тижня перорально добову дозу риссету підвищували від середньої до високої (щоденно по 1,0-2,0 мг до 8,0-9,0 мг/доб.) і через 2 год. після ранкового перорального прийому риссету проводили трансцеребральну гальванізацію за методикою, що описана вище в прикладі 1. Побічних реакцій і ускладнень у хворого не відмічалось.

Внаслідок лікування наступило значне покращення стану хворого - менше став акцентувати увагу на своїх переживаннях, став спокійнішим, зменшились почуття гніву, прояви фізичного насильства, емоційна збудливість, вибуховість, зменшилась схильність до афективних реакцій, нормалізувалася поведінка, підвищилась толерантність до фрустрації, почав звертати увагу на взаємовідносини, відчувати свою провину, став охайним, перестав виявляти прояви агресивної поведінки, наступив регрес декомпенсації, став більш товаришким, лагідним, значно покращилися відносини з рідними, хворими по палаті, почав багато читати літературу, адекватно спілкуватися, цікавитися методами лікування, телепередачами, випискою та домашніми справами, будувати реальні плани на майбутнє, включатися в трудові процеси, допомагати в догляді за іншими хворими.

Покращення стану хворого підтверджувалось вірогідними клініко-психопатологічними, патопсихологічними, клініко-біохімічними та електрофізіологічними даними.

Таким чином, додаткове пероральне підвищення добової дози риссету від середньої до високої та подальше проведення лікування методом трансцеребральної гальванізації привело до швидкого нарощування його концентрації безпосередньо в заінтересованих структурах головного мозку, зменшення резистентності до психофармакотерапії, покращення динаміки розладу, зокрема регресу декомпенсації та агресивної поведінки, порідшення побічних реакцій і ускладнень, створення умов для реабілітації і скорочування терміну лікування за рахунок підвищення терапевтичного ефекту.

Як видно із прикладів здійснення, заявлений спосіб інтенсивного лікування декомпенсацій у хворих з дисоціальним розладом особистості з агресивною поведінкою є дієздатний і ефективний.

У порівнянні зі способом-прототипом заявлений спосіб інтенсивного лікування декомпенсацій у хворих з дисоціальним розладом особистості з агресивною поведінкою сприяє швидкій редукції психопатологічних розладів, агресивної поведінки, емоційної збудливості, проявів фізичного насильства, експлозивності, зменшенню схильності до афективних реакцій, формуванню компенсації, покращенню перебігу психічного розладу, формуванню умов для реабілітації, дає можливість швидко нарощувати концентрацію риссету безпосередньо в заінтересованих структурах головного мозку шляхом його додаткового перорального підвищення добової дози від середньої до високої та подальшого проведення лікування методом трансцеребральної гальванізації, що дозволяє зменшувати резистентність до психофармакотерапії і термін лікування на 8 днів за рахунок підвищення терапевтичного ефекту.

Спосіб-прототип дозволяє добитися позитивного ефекту тільки у 44,0 % хворих, заявлений спосіб інтенсивного лікування декомпенсацій у хворих з дисоціальним розладом особистості з агресивною поведінкою дав позитивний ефект у 55,3 % хворих.

Таким чином, заявлений спосіб в порівнянні із прототипом перевищує терапевтичну ефективність на 11,3 %, що дає можливість скорочувати термін лікування.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб інтенсивного лікування декомпенсацій у хворих з дисоціальним розладом особистості з агресивною поведінкою, який включає використання риссету і проведення трансцеребральної гальванізації, який **відрізняється** тим, що додатково протягом тижня перорально добову дозу риссету підвищують від середньої до високої (щоденно по 1,0-2,0 мг до 8,0-9,0 мг/доб.) і через 2 год. після ранкового перорального прийому риссету проводять трансцеребральну гальванізацію з постійним збільшенням сили струму від 2 до 5 мА, його щільності від 0,04 до 0,08 мА/см², тривалості процедури від 20 до 25 хв. при курсі лікування 15 щоденних процедур.

Комп'ютерна верстка А. Крулевський

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