



УКРАЇНА

(19) UA (11) 42637 (13) U  
(51) МПК (2009)  
A61K 31/70МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІОПИС  
ДО ПАТЕНТУ  
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під  
відповідальність  
власника  
патенту

## (54) СПОСІБ КОРЕКЦІЇ ПАТОЛОГІЧНОГО ПОТЯГУ В СТРУКТУРІ АДДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ

1

2

(21) u200902239

(22) 16.03.2009

(24) 10.07.2009

(46) 10.07.2009, Бюл.№ 13, 2009 р.

(72) БІТЕНСЬКИЙ ВАЛЕРІЙ СЕМЕНОВИЧ, ОПРЯ  
ЄВГЕН ВАСИЛЬОВИЧ, АЙМЕДОВ КОСТЯНТИН  
ВОЛОДИМИРОВИЧ(73) ОДЕСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІ-  
ВЕРСИТЕТ

(57) Спосіб корекції патологічного потягу в структурі аддиктивної поведінки, що включає використання препарату, що викликає відразу до зловживання алкоголю, який **відрізняється** тим, що призначають дитилін внутрішньо по 1,5-2мг/кг через 2-3 дні експозицією 3-5 сеансів в сполученні з прийомом топілєпсину по 25мг перші 2 дні, по 50мг - третій-четвертий день, 100мг - п'ятий, шостий та продовження прийому препарату по 200мг загальним курсом не менш ніж 2 місяці.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до психіатрії, і може бути застосована для лікування хімічної та нехімічної залежності.

Відомий умовно-рефлекторний метод лікування хворих на алкогольну залежність за 25-30 сеансів шляхом поєднання прийому алкоголю зі стимуляцією рвотного рефлексу апоморфіном. Внаслідок багаторазових повторень цієї процедури з'являється відразу до прийому алкоголю та негативна настанова до їх вживання [1].

Однак, вказаний метод має ряд недоліків:

1) утворений рефлекс нестійкий, отже аверсійна реакція, яка виникла на алкоголь, нетривала та зберігається здебільшого в умовах лікарні;

2) апоморфін виявляє гальмуючу дію на ЦНС, що зумовлено його антидофаміновим ефектом;

3) методику, що засновані на використанні рвотного рефлексу, мають ряд протипоказань з боку шлунково-кишкового тракту.

Найбільш близьким до запропонованого є спосіб лікування наркоманій шляхом введення внутрішньовенно дитиліну у дозі 1,5-2,0мг/кг на прийом, повний курс лікування складає 5-6 сеансів [2].

Але, лікування приведеним способом є вузьконаправленим на формування стійкої негативної умовно-рефлекторної відповіді та не вирішує питання стосовно корекції різноманітних неврологічних та психічних порушень, в тому числі судом та афективних розладів, що виникають в період відмови від вживання психоактивних речовин та при лікуванні аддикцій. Відомо, що у осіб, які достатньо довго зловживали алкоголем та яким раніше неодноразово проводилось детоксикаційне лікування, існує велика ймовірність розвитку усклад-

неного синдрому відміни з появою судом. Також, згідно з існуючими даними, афективні розлади є домінуючими та призводять до загострення патологічного потягу. За відсутності корекції афективних розладів формується недостатньо стійка ремісія, яка призводить до раннього рецидиву.

В основу корисної моделі поставлено задачу вдосконалення способу корекції патологічного потягу в структурі аддиктивної поведінки шляхом проведення умовно-рефлекторної терапії деполяризуючим м'язовим релаксантом дитиліном у комплексі з антиконвульсантом топілєпсином, що сприяє досягненню стабілізації стану хворого та переходу у тривалу стійку ремісію. Топілєпсин, крім антиконвульсивного, має особливий спектр психотропної активності у вигляді "змішаного" седативно-активуєчого психотропного, церебропротекторного, вегетостабілізуючого, анальгезуючого, седативного, нормотимічного та аналептичного ефектів; його дія носить комплексний характер впливу на церебральні, токсико-ішемічні та афективні порушення в структурі синдрому відміни при аддикціях та запобігає розвитку таких важких ускладнень, як поява судом при лікуванні алкогольної залежності.

Поставлена задача вирішується тим, що згідно корисної моделі призначають дитилін внутрішньо по 1,5-2мг/кг через 2-3 дні експозицією 3-5 сеансів в сполученні з прийомом топілєпсину по 25мг перші 2 дні, по 50мг - третій-четвертий день, 100мг - п'ятий, шостий та продовження прийому препарату по 200мг загальним курсом не менш ніж 2 місяці.

Спосіб проводиться наступним чином.

(13) U

(11) 42637

(19) UA

Перед лікуванням одержують дозвіл-згоду хворого на проведення запропонованої терапії. Лікування проводять стаціонарно під постійним наглядом медперсоналу. Курс аверсивної терапії дитиліном проводиться на тлі прийому топілєпсина, який різносторонньо впливає на хворий організм, та запобігає розвитку судомних ускладнень синдрому відміни. Доцільно формувати групи з кількох хворих, з метою досягнення індукції, виникнення виразного тривожно-фобічного стану на фоні ейфоризуючого ефекту аддиктивних станів. Через хвилину після внутрішньовенного введення дитиліну у хворого виникає ядуха, в результаті послаблення дихальних м'язів, на протязі 3-5 хвилин. Внаслідок цього у хворого виникає ефект страху, який перевищує по силі ейфоризуючий ефект від аддикції, що викликає формування стійкого негативного умовного рефлексу, закріплення якого настає досить швидко, за 3-5 сеансів. У подальшому, при ситуаціях, які провокують вживання психоактивних речовин, хворий не виявляє потягу до їх прийому. У випадку зриву ремісії та прийому психоактивних речовин у хворого розвивається, психомоторне збудження, бурхлива реакція страху з вегетативною симптоматикою, що проявляється аритмічним диханням, перепадами артеріального тиску та пароксизмальним потовиділенням.

Запропонованим способом проліковано 56 хворих з одержанням стійкої тривалої ремісії, та відсутністю будь-яких судомних ускладнень.

Приклад. Хворий В., 35 років, поступив до клініки з приводу зловживання алкоголю. Раніше кілька разів проходив лікування з цього приводу. Після проведення дезінтоксикаційної та вітамінотерапії хворому була проведена активна протиалкогольна умовно-рефлекторна терапія за запропонованим способом, а саме дитиліном та топілєпсином. Під час самостійного вживання алкоголю вводили 1,5мг/кг дитиліну. При цьому розвивалися короточасні фібриляції скелетних м'язів,

особливо обличчя і шиї, а потім - помірна релаксація, що продовжувалася 1-2 хвилини. В цей момент лікар, що знаходиться поряд, починає проведення штучної вентиляції легенів за допомогою найпростіших апаратів - ручних респираторів типу РДА (Амбу). Підкреслена демонстративність штучної вентиляції легенів, ажіотаж, що створюється медперсоналом навколо пацієнта, голосні вимоги "серцевих" та інші фрагменти сценарію - все це є кульмінацією психотерапевтичної дії, що назавжди залишається у пам'яті пацієнта. Прийом топілєпсину починався з 25мг на добу та поступово збільшувався до 200мг на добу за заявленою схемою.

Закріплення негативного умовного рефлексу на міорелаксуючий ефект дитиліну відбулася вже на 3 сеанс. Пацієнт відмовився від повторних процедур та продовжував прийом топілєпсину впродовж наступних 2 місяців. Жодних судомних ускладнень синдрому відміни не спостерігалось.

На протязі 2 років хворий повністю утримувався від прийому алкоголю. У порівнянні з найближчим аналогом, запропонований спосіб дозволяє після неускладненого появою судом синдрому відміни одержати стійку ремісію, за рахунок додаткового застосування антиконвульсанта топілєпсина, який комплексно впливає на організм хворого та в подальшому попереджає розвиток афективних розладів та різноманітних пароксизмів, крім того, дозволяє скоротити термін стаціонарного лікування та проводити ранню профілактику загострення патологічного потягу.

#### Література:

1. Энтин Г.М. Лечение алкоголизма и организация наркологической помощи. -М., - 1979.-С. 258.
2. Деклараційний патент 40465А. МКВ<sup>5</sup>: А61К 31/00, заявка №2001021349 від 27.02.01., опубл. 16.07.01. Бюл. №6, Одеський державний медичний університет - В.С. Битенский, К.В. Аймедов. - Спосіб лікування наркоманій.