



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 51069

(13) A

(51) 6 A61K31/445

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІОПИС  
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ  
НА ВИНАХІДВИДАЄТЬСЯ ПІД  
ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ  
ВЛАСНИКА  
ПАТЕНТУ

## (54) СПОСІБ ДОДАТКОВОЇ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ КОРЕКЦІЇ СИМПТОМІВ ПАРКІНСОНІЗМУ

1

2

(21) 2001128990

(22) 25 12 2001

(24) 15 11 2002

(46) 15 11 2002, Бюл. №11, 2002 р.

(72) Богданова Ірина Вячеславівна

(73) Богданова Ірина Вячеславівна

(57) Спосіб додаткової медикаментозної корекції симптомів паркінсонізму шляхом застосування протипароксизмальних препаратів, який відрізняється тим, що хворому призначають іміностильбени з початковою дозою 50мг на добу з поступовим підвищенням до 600мг на добу, які приймають протягом 2-х місяців

Винахід відноситься до області медицини, точніше неврології, і може використовуватись для додаткової медикаментозної корекції хворих на паркінсонізм, особливо з тремтливою формою захворювання

На сучасному етапі можливості медикаментозної корекції дозволяють поліпшувати якість життя хворих на паркінсонізм, домагатися середньої тривалості їхнього життя, що відповідає показникам у популяції в цілому

Однак, залишаються групи хворих, у яких позитивна динаміка виражена недостатньо, визнаються такі побічні прояви, що утрудняють подальше лікування, або ряд симптомів зберігається у виразності, яка заважає самообслуговуванню пацієнтів. Одним із найбільше суб'єктивно значимих проявів для хворих паркінсонізмом є тремтіння. Передбачається, що взагалі біохімічний дефект при паркінсонізмі полягає в дефіциті серотоніна і дофаміна, на фоні чого відзначається надлишок (активація) ацетилхоліна і гістаміна, що обумовлює походження тремтіння

Найчастіше при лікуванні тремтячих форм паркінсонізму застосовується група препаратів холінолітичної дії (Голубев В.Л., Левин Я.И., Вейн А.М. Болезнь Паркинсона и синдром паркинсонизма – М: МЕДпресс, – 1999 – 416 с., Компенсаторные и восстановительные процессы при паркинсонизме /Крыжановский Г.Н., Карабань И.Н., Магааева С.В., Карабань Н.В., Ин-т геронтологии АМН Украины, 1995 – 186 с.), однак у даний час клінічне застосування антихолінергіків обмежується через частоту появи таких побічних ефектів, як зниження когнітивних функцій, деменції, галюцинацій та ін.

З іншого боку, для корекції тремтіння застосо-

вуються і інші групи антипароксизмальних препаратів, у першу чергу бета-адреноблокатори, але також і бензодіазепіни, що і являється прототипом винаходу (Антиконвульсанти в психиатрической и неврологической практике. Под ред. А.М. Вейна, С.Н. Мосолова – Санкт-Петербург, Мед. информационное агентство, 1994 – 336 с.) Лікувальний ефект останніх обумовлений їх міорелаксуючим і антитривожним ефектами. Будь-який тип тремтіння характеризується зниженням порога до емоційних стимулів – тривоги, підвищеної уваги, напруги і т.п. Знижуючи тривогу, емоційну напругу або просто рівень пильнування, бензодіазепіни сприяють зменшенню тремтіння. З метою корекції тремтіння найчастіше застосовують препарат клоназепам із групи бензодіазепінів, адаптований для тривалого застосування. Однак на сучасному етапі цей препарат не завжди є доступним для широкого призначення в зв'язку з його структурною близькістю до бензодіазепінів.

В основу винаходу поставлено задачу створити додатковий спосіб корекції симптомів паркінсонізму шляхом призначення препаратів іміностильбенового ряду, що забезпечить розширення терапевтичної дії на патогенетичні ланки цього захворювання, підвищення ефективності і спрощування лікування.

Фінлепсин, карбамазепін (похідне іміностильбена) може застосовуватися для корекції проявів паркінсонізму, оскільки має антидепресивну (тимолептичну) дію, завдяки своїй структурній близькості до трициклічних антидепресантів, має анальгетичну дію, що також важливо, оскільки в паркінсоніків часті скарги на болючі відчуття. По механізму дії він блокує Na<sup>+</sup>-канали мембран нервових клітин, зменшує активність збудливих ней-

(13) A

(11) 51069

(19) UA

ромедіаторних амінокислот (глутамата, аспартата), негативна роль яких усе більше признається в патогенезі паркінсонізму, підсилює гальмуючі (ГАМКергічні) процеси

Спосіб здійснюється таким чином. Хворому з переважно тремтячою або тремтятьче-брадикинетичною формою паркінсонізму призначають для перорального прийому препарат іміностильбенного ряду (фінлепсин або карбамазепин, зептол, тегретол) на тлі збереженої базисної терапії. В процесі наступних 2 місяців дози базисних препаратів не змінюються. Іміностильбени призначають в початковій добовій дозі 50мг (на один прийом) і за 10-14 діб доза поступово підвищується до 400-600мг за добу (в 2-3прийоми). В такій дозі препарат приймають на протязі 2 місяців. Можливі повторні курси прийому препарату 2-3 рази на рік.

Проведені дослідження показують ефективність застосування винаходу - похідних іміностильбену в комплексній терапії паркінсонізму, що виражається в покращенні суб'єктивного стану хворих - зменшенні виразності тремтіння (по самооцінці хворих), поліпшенні в плані самообслуговування, більш позитивному світосприйманні і настрої, зменшенні проблем, зв'язаних із нічним сном, меншій виразності больових відчуттів, що були раніше, в м'язах. При об'єктивному дослідженні неврологічного статусу хворих спостерігається зменшення виразності тремтіння на 4-6 тижень прийому препарату. Позитивні результати

зберігаються протягом 2-3 місяців

Приклад. Хвора М., 63 роки, страждаюча паркінсонізмом, переважно тремтячою формою на тлі дисциркуляторної енцефалопатії ІІІ ст. на протязі 3 років, пред'являла скарги на тремтіння в кінцівках, більше правих, почуття незручності, помірної скутості в них, хворобливі м'язові спазми у кінцівках в нічний час, в зв'язку з чим був порушений нічний сон. У неврологічному статусі звертали увагу помірна гіпомімія, помірна брадикинезія, помірне підвищення м'язового тону по пластичному типу, переважно в правих кінцівках, постійний тремор в кінцівках, більш виражений праворуч. В зв'язку з паркінсонічним процесом, хвора приймала препарати леводопи (синдону 250/25 по 1/2 табл. 3 рази в день), на тлі чого зменшувалися прояви пластичного гіпертонусу і брадикинезії, однак тремтіння практично не змінювалося. При збереженій схемі прийому синдони хворий призначений фінлепсин 50мг одноразово в добу, на протязі 2 тижнів доза препарату була збільшена до 600мг на добу (на 3 прийоми), через 2 тижні прийому фінлепсину хвора відзначила покращання нічного сну, меншу виразність в ночі хворобливих м'язових спазмів, через 4 тижня після початку прийому препарату було відзначено зменшення інтенсивності тремтіння, покращилося самообслуговування хворої, що сприяло їй більш позитивному настрою. По закінченні курсу прийому препарату позитивні результати зберігалися протягом наступних 3 місяців.