



УКРАЇНА

(19) UA (11) 43765 (13) U  
(51) МПК (2009)  
A61K 31/485МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІОПИС  
ДО ПАТЕНТУ  
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під  
відповідальність  
власника  
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ПАТОЛОГІЧНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ЛЕТКИХ РОЗЧИННИКІВ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ

1

2

(21) u200904069

(22) 27.04.2009

(24) 25.08.2009

(46) 25.08.2009, Бюл.№ 16, 2009 р.

(72) ПОНОМАРЬОВ ВОЛОДИМИР ІВАНОВИЧ

(73) ПОНОМАРЬОВ ВОЛОДИМИР ІВАНОВИЧ

(57) Спосіб лікування патологічної залежності від  
летких розчинників у дітей та підлітків шляхом  
традиційної комплексної фармакологічної і неме-  
дикаментозної терапії, який відрізняється тим,

що додатково призначають перорально препарат  
фінлепсин дітям (у віці від 6 до 12 років) по 50 мг 2  
рази на добу з першого дня появи синдрому відмі-  
ни протягом 3-4 днів з поступовим зниженням лі-  
кувальних дозувань до 50 мг на добу, а підліткам  
(у віці від 13 до 16 років) призначають по 100 мг 2  
рази на добу з першого дня появи синдрому відмі-  
ни протягом 3-4 днів, з поступовим зниженням  
лікувальних дозувань до 100 мг на добу.

Корисна модель відноситься до медицини, а  
саме до наркології й може бути застосована для  
прискореного купірування патологічної залежності  
у дітей та підлітків з психічними та поведінковими  
розладами, які обумовлені зловживанням леткими  
розчинниками (ЛР), а також для стабілізації станів  
ремісії.

Розробка й удосконалення сучасних принципів  
терапії синдрому залежності від ЛР спрямована на  
пошук інноваційних терапевтичних технологій,  
здатних у короткий термін реально вирішувати  
проблемні клінічні ситуації, що виникають при ста-  
нах інтоксикації, синдромі відміни й супутніх  
постінтоксикаційних корелятах. Данні інновації  
базуються на оригінальному сполученні  
лікувальних ефектів сучасної фармакотерапії й  
немедикаментозних методів, що підтвердило свою  
результативність у плані пошуку нових селектив-  
них підходів до синдромальної та нозологічної  
терапії в клініці одного з найпоширеніших видів  
залежності в дитячо-підлітковому середовищі. На  
сьогоднішній день проблема лікування синдрому  
залежності від ЛР є одним з найважливіших  
розділів клінічної наркології. Підходи до терапії  
ґрунтуються на нових даних про клінічні прояви,  
систематиці, патогенетичних ланках цього розла-  
ду, на досягненнях експериментальної й клінічної  
медицини в області вишукування ефективних ме-  
дикаментозних і немедикаментозних методів  
терапії.

Серед різноманітних клінічних форм  
патологічної залежності у дітей та підлітків займає

суттєву питому вагу залежність від летких  
органічних сполук. Важливою особливістю  
наслідків зловживання ЛР у дітей та підлітків є  
постінтоксикаційна виснаженість фізичних, нерво-  
во-психічних, психологічних, біохіміко-  
метаболических, енергетичних ресурсів, що обумов-  
лено специфікою фармакологічних та токсичних  
ефектів наркотичних речовин цього класу. До лет-  
ких органічних сполук з наркогенним потенціалом  
відносяться в більшості своїй засоби побутової  
хімії (клеї), у тому числі такі, що з метою  
наркотизації модифікуються кустарними засобами  
(«Момент», «Квінтол»). Зловживання ЛР у дітей та  
підлітків призводить до значного підсилення  
діяльності симпатичної нервової системи та  
дефіциту в організмі життєво важливих елементів  
(кальцію, магнію, натрію, сірки, заліза, калію, фос-  
фору, йоду, фтору, бром, цинку, та інших), а та-  
кож такі системні ураження як гіпоксія, яка  
формується безпосередньо на підставі зміненого  
метаболізму.

У зв'язку з цим, відомі до теперішнього часу  
методи інтенсивного лікування даної клінічної  
форми патологічної залежності передбачають на  
етапах детоксикаційної терапії проведення  
корекції метаболічних процесів шляхом прямого  
(замісного) або опосередкованого усунення  
дефіциту макро - та мікроелементів, а також  
вітамінів.

Прикладом опосередкованої корекції  
патологічної залежності у дітей та підлітків є

(13) U

(11) 43765

(19) UA

відомий спосіб, суть якого полягає в тому, що призначають комплексне лікування з використанням препарату «Силард-П», ехінацеї пурпурової, вітамінного комплексу «Триовіт» на протязі одного місяця, додатково призначають гіпербаричну оксигенацію курсовою кількістю сеансів від 5 до 7 з тиском кисню 1,2 - 1,3 атмосфери, експозицією сеансу 45-60 хвилин через 1-2 доби. (Пат. 36787 Спосіб лікування залежності дітей та підлітків від легких розчинників // Сосін І.К., Волков О.С. – Заявл. 10.11.2008, бюл. №21).

Але цей спосіб має недоліки. Перш за все, застосування його обмежено: для реалізації методу потрібна дорога барокамера. По-друге, пропускна спроможність методу низька (на здійснення однієї процедури необхідно 1,5 - 2,0 години). Гіпербарична оксигенація терміново не ліквідує патологічний потягу у дітей та підлітків до легких органічних розчинників. У цілому метод гіпербаричної оксигенації дорогий, тому широке його розповсюдження в наркологічній практиці неможливе.

Аналогом корисної моделі є спосіб проведення детоксикаційної терапії при синдромі відміни у хворих на наркотичну залежність, який передбачає використання плазмозамісного засобу - гемодезу або реосорбілакту. Препарати містять іони Na, Ca, Mg, Cl, кристалоїд полівінілпіролідон. Але широке використання даних препаратів унеможливорюється їх гіпотензивними, нефротоксичними ефектами, алергічними реакціями, анафілактичним шоком. Препарати мають багато протипоказань (Сиволап Ю.П., Савченков В. А. Фармакотерапія в наркології / Под ред. Н.М. Жарикова. - М.: Медицина, 2000. - 352с).

Відомо спосіб лікування (також прототип щодо передбачуваної корисної моделі) наркотичної залежності від легких органічних розчинників у дітей та підлітків, у якому застосовують комплексну фармакологічну дезінтоксикаційну терапію: ізотонічний розчин натрію хлориду - внутрішньовенно крапельно до 300 мл на добу, внутрішньовенне введення 5,0-10,0 мл 10 % розчину хлориду кальція сумісно з 10,0 мл 40,0 % глюкози, або щоденне внутрішньовенне введення 10,0 мл 30,0 % розчину тіосульфата натрію сумісно з 10,0 мл 40 % глюкози, внутрішньом'язове введення 5,0-10,0 мл 25 % розчину сульфату магнію, або внутрішньом'язові введення 5 % розчину унітіолу. Цей комплекс доповнюється вітамінотерапією: тіамін (вітамін B<sub>1</sub>) 6 % до 10 мл в/м на добу, 5 % розчин аскорбінової кислоти (вітамін С) - в/в від 5,0 до 10,0 мл на 40 % глюкозі, 5 % розчин вітаміну B<sub>6</sub> (по 1-2 мл), 1 % розчин вітаміну РР (по 1-2 мл) (Воронин К.Э. Принципы фармакотерапии наркоманий // Лекции по наркологии. - М.: Ноллидж, 2000. - 448с. - С.250 - 270).

Але й цей прототип має недоліки - наявність побічних ефектів, ускладнень, алергічних реакцій, поліпрагмазію - велике одночасне фармакологічне навантаження на організм.

В основу корисної моделі поставлено задачу удосконалення способу лікування патологічної залежності від легких розчинників у дітей та підлітків шляхом комплексної фармакологічної

дезінтоксикаційної терапії з додатковим призначенням фінлепсину, що забезпечить купірування синдрому відміни й патологічного потягу.

Фінлепсин став широко застосовуватися при комплексному лікуванні практично всього спектра патологічних станів невідкладної й планової наркології. За отриманим даними (Сосін І.К., Чуев Ю.Ф. Наркология. -Харьков, 2005. - 800с), фінлепсин ефективно редукує патологічний потяг до психоактивних речовин, впливає на розлади сну, афективну патологію, у тому числі депресію, страх, тривогу, зменшує агресивність хворих, купірує вегетативну симптоматику. Це досягається за допомогою індивідуальної терапевтичної хронобіоритмологічної стратегії, і підбору адекватних лікувальних дозувань фінлепсина при купіруванні наркогенних розладів, і використанні потенціюючих ефектів інших немедикаментозних методів, в тому числі психокорекції.

Феномен періодичності, циклічності в динаміці синдрому залежності від психоактивних речовин, відбиває участь і патологію певних мозкових структур, тобто може говорити про церебральну локалізаційну характеристику хворобливого процесу, про залучення біологічних ритмів. Мова йде про гіпоталамо-лімбічні структури, які є мозковим субстратом, морфофункціональною системою з відповідним нейромедіаторним забезпеченням, де патологічно інтегруються емоційні, епілептогенні механізми й потяг до психоактивних речовин.

Приступообразно-циклічний характер патологічного потягу до психоактивних речовин, у тому числі й ЛР у дітей і підлітків, присутність у клініці дисфоричних станів, наявність загальних з епілепсією патогенетичних ланок, біологізація, «ендогенезація», невідворотність наркотизації приступообразного характеру, наявність пароксизмальності в біоелектричній активності головного мозку, періодичність у динаміці неспецифічної адаптаційної реактивності в цих хворих - все це з'явилося передумовою включення в програму інтенсивної терапії при перериванні, купіруванні патологічної залежності від ЛР у дітей і підлітків антиконвульсанта - тимолептика фінлепсина (карбамазепіна), що володіє, мінімальною кількістю побічних ефектів, незначною міорелаксуючою дією, не викликає звикання. При цьому фінлепсин ефективно редукує патологічний потяг до психоактивних речовин, як перед очікуваним рецидивом, так і в структурі абстинентного синдрому, позитивно впливає на купірування синдрому відміни й патологічного потягу. Це досягається за допомогою індивідуальної терапевтичної стратегії й підбору адекватних лікувальних дозувань фінлепсина при купіруванні даних станів. Препарат фінлепсин практично не має побічних ефектів, добре переноситься дітьми й підлітками, що одержують антиконвульсивну терапію при пароксизмальних станах різного походження.

Спосіб здійснюється таким чином.

Терапія фінлепсином (карбамазепином) проводиться на тлі традиційної детоксикаційної терапії. Фінлепсин призначається в наступних дозуваннях: у дітей по 50 мг 2 рази на добу з першого дня поя-

ви синдрому відміни протягом 3-4 днів, з поступовим зниженням лікувальних дозувань до 50 мг на добу, а на етапі стабілізації ремісії 10-20 мг на добу; у підлітків - 100 мг 2 рази на добу з першого дня появи синдрому відміни протягом 3-4 днів, з поступовим зниженням лікувальних дозувань до 100 мг на добу, а на етапі стабілізації ремісії до 50 мг на добу.

Ефект купірування патологічної залежності від ЛР проявляється починаючи з перших процедур. Швидкість і особливості дискретної редукції постінтоксикаційної симптоматики були різними залежно від фону, на якому вона розвивалася. Найкращий ефект досягається при купіруванні початкових розладів у клініці стану відміни ЛР, коли хворий вчасно звертається за медичною допомогою до лікаря, а також клінічних симптомів залежності в структурі періодично «пожвавлюючого» патологічного потягу до ЛР.

Було також виправданим застосування фінлепсина в комплексній терапії короткими курсами на етапі реабілітаційно-відбудовних заходів, через 2-3 місяці після утримання від ЛР. Індивідуалізований підхід до призначення фінлепсина в комплексній купіруючій терапії дозволяє швидше редукувати вегетативні, соматичні, неврологічні, психічні, поведінкові прояви абстинентного синдрому, патологічного потягу до ЛОС, нормалізувати дані електрофізіологічних досліджень, перервати трансформацію афективних розладів синдрому відміни у важкі obsесивно-компульсивні форми.

Приклад 1. Хворий К. 14 років, перебував на стаціонарному лікуванні в психіатричному відділенні.

При надходженні висловлював скарги на нестійкий настрій з мінливим афектом, роздратованість, виражений головний біль, без-

соння, виражені затруднення при розмові, шаткість ходьби, слабкість у нижніх кінцівках. З анамнезу відомо, що на протязі останніх 2 років зловживає ЛР. Толерантність швидко зростала (до 3-6 флаконів клею «Момент» на добу).

Соматичний статус: зниженого харчування, шкіряні покрови блідні. У легенях дихання везикулярне. Тони серця приглушені, ритмічні. Частота серцевих скорочень 98 уд./хвилину. Артеріальний тиск 115/70 мм.рт.ст..

У неврологічному статусі: зіниці розширені, D=S, слабкість конвергенції двобічно, горизонтальний ністагм, різке пожовління м'язових і періостальних рефлексів, атаксія в позі Ромберга, координаторні проби виконує з інтенцією та з дизметрією з двох сторін, тремор пальців рук, дистальний гіпергідроз.

Психічний статус: У місті, часі, своїй особистості орієнтований правильно, фон настрою мінливий, емоційно напружений, тривожний, метушливий, має виражений потяг до ЛР. Критична самооцінка знижена.

Діагноз: Психічні та поведінкові розлади внаслідок зловживання леткими розчинниками. Синдром відміни.

В процесі лікування на фоні проведення дезінтоксикаційної терапії хворому призначали додатково препарат фінлепсін в дозі 100 мг 2 рази на добу на протязі 3-4 днів. На наступний день хворий відмічав значне поліпшення стану, вночі спав добре, нормалізувався апетит, фон настрою, відмічав позитивне налаштування на здоровий спосіб життя.

Катамнез: Протягом 1-го року ремісії пацієнт К. приймав курсами фінлепсін (по 50 мг/ добу на протязі 3-4 днів, з інтервалом у 2 місяці), рецидиву захворювання не відмічалось. Мотиваційні установки на здоровий спосіб життя.