



УКРАЇНА

(19) UA (11) 37717 (13) A

(51) 7 A61K31/015, A61N1/20

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІОПИС  
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ  
НА ВИНАХІДвидається під  
відповідальність  
власника  
патенту

## (54) СПОСІБ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ ШИЗОФРЕНІЇ З СУЇЦИДАЛЬНОЮ ПОВЕДІНКОЮ

(21) 2000041984

(22) 07.04.2000

(24) 15.05.2001

(33) UA

(46) 15.05.2001, Бюл. № 4, 2001 р.

(72) Петрюк Петро Тодорович, Миронюк Ігор Ярославович, Петрюк Олександр Петрович

(73) Харківська міська клінічна психіатрична лікарня № 15

(57) Спосіб комплексної терапії шизофренії з суїцидальною поведінкою, котрий включає використання амітриптиліну і проведення трансцеребральної гальванізації, який відрізняється тим, що

додатково на фоні попереднього двотижневого перорального прийому амітриптиліну через 2 год., після ранкового його перорального прийому проводять лікування методом "швидкої транквілізації" - часте (через 1-4 год.) внутрішньом'язове введення амітриптиліну до покращення стану хворого при добових дозах від середніх до високих, з подальшим проведенням лікування методом трансцеребральної гальванізації з постійним збільшенням сили струму від 2 до 5 мА, його щільності від 0,04 до 0,08 мА/см<sup>2</sup>, тривалості процедури від 20 до 25 хв. при курсі лікування 15 щоденних процедур.

Винахід відноситься до медицини, а саме до психіатрії, і може бути використаний для комплексної терапії шизофренії з суїцидальною поведінкою.

Відомий спосіб комплексної терапії шизофренії з суїцидальною поведінкою, котрий включає пероральний прийом високих доз психотропних засобів, в т.ч. і амітриптиліну (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, і 999. - 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. амітриптиліну, безпосередньо в заінтересованих структурах головного мозку, активно впливати на прогресивність процесу, створювати умови для регресу суїцидальної поведінки і реабілітації хворих.

Відомий також спосіб комплексної терапії шизофренії з суїцидальною поведінкою, котрий включає комбіноване використання психотропних засобів, в т.ч. і амітриптиліну, і перемінного електричного струму у вигляді електросудомної терапії (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, поміркованою корекцією суїцидальною поведінки, високою чистотою побічних

реакцій і ускладнень (вивихи та підвивихи суглобів, тріщини і переломи хребців, бронхопневмонії, зупинка серця і смерть), а також відсутністю можливості швидко нарощувати концентрацію амітриптиліну безпосередньо в заінтересованих структурах головного мозку, активно впливати на прогресивність процесу і створювати умови для реабілітації хворих.

Найбільш близьким по технічній суті і досягаемому результату до даного є спосіб комплексної терапії шизофренії з суїцидальною поведінкою, котрий включає поєднання перорального і парентерального прийомів амітриптиліну і гальванізацію комірцевої зони по О.Ю. Щербаку (Демедюк Й.А. Психические заболевания // Клиническая физиотерапия // Оржежковский В.В., Волков Е.С., Демедюк Й.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 амітриптиліну, безпосередньо в заінтересованих структурах головного мозку, активно впливати на прогресивність процесу, створювати умови для регресу суїцидальної поведінки і реабілітації хворих.

Технічний результат винаходу полягає в скороченні терміну лікування за рахунок підвищення терапевтичного ефекту.

Технічний результат досягається тим, що згідно винаходу додатково на фоні попереднього двотижневого перорального прийому амітриптиліну через 2 год. після ранкового його перорального

(19) UA (11) 37717 (13) A

прийому проводять лікування методом "швидкої транквілізації" - часте (через 1-4 год.) внутрішньом'язове введення амітриптиліну до покращення стану хворого при добових дозах від середніх до високих, з подальшим проведенням лікування методом трансцеребральної гальванізації з постійним збільшенням сили струму від 2 до 5 мА, його щільності від 0,04 до 0,08 мА/см<sup>2</sup>, тривалості процедури від 20 до 25 хв. при курсі лікування 15 щоденних процедур.

Використання амітриптиліну для комплексної терапії шизофренії з суїцидальною поведінкою відомо, але невідомо швидке нарощування концентрації амітриптиліну безпосередньо в заінтересованих структурах головного мозку шляхом додаткового лікування методом "швидкої транквілізації" і подальшого проведення лікування методом трансцеребральної гальванізації. Проведення лікування методом трансцеребральної гальванізації співпадає з максимальною концентрацією амітриптиліну в плазмі крові внаслідок основного і додаткового його введення методом "швидкої транквілізації", отже, з найбільш вираженою його дією.

Механізм дії амітриптиліну, якому властива значна холінолітична активність, зв'язують з інгібуванням зворотнього нейронального захвату норадреналіну і серотоніну, що приводить до накопичення в області рецепторів медіаторів і посилення адренергічних і серотонінергічних впливів. Амітриптилін виявляє тимолептичну, анксиолітичну і виражену седативну дію. 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 поступленню амітриптиліну в головний мозок і спинномозкову рідину, вибіркового накопичення його в заінтересованих структурах головного мозку, які мають відношення до патогенетичних ланок шизофренії. Разом з цим, дія амітриптиліну відбувається при сприятливо зміненій реактивності нервової системи під впливом постійного струму, що значно порідшує появу небажаних побічних реакцій. Все це сприяє скороченню терміну лікування і швидкій редукції суїцидальної поведінки за рахунок підвищення терапевтичного ефекту. Заявлений спосіб комплексної терапії шизофренії з суїцидальною поведінкою повністю виключає такі важкі ускладнення, як вивихи та підвищення суглобів, тріщини і переломи хребців, бронхопневмонії, зупинку серця і смерть.

Заявлений спосіб здійснюється наступним чином.

Хворий приймає щоденно тричі о 8, 14 та 20 год. амітриптилін усередину після їди в таблетках в дозі від 100 до 150 мг/доб. Додатково на фоні попереднього двотижневого перорального прийому амітриптиліну через 2 год. після ранкового його перорального прийому проводять лікування методом "швидкої транквілізації" - часте (через 1-4 год.) внутрішньом'язове введення амітриптиліну до покращення стану хворого при добових дозах від середніх до високих. Для цього електрод площею 50 см<sup>2</sup>, котрий складається з трьох сполучних частин (металеві пластини), із яких дві пластини, кожна площею по 10 см<sup>2</sup>, разом з матер'яними про-

кладками, розміщують на закриті повіки, а третю пластину прощою 30 см<sup>2</sup> з матер'яною прокладкою розміщують на область чола і приєднують до анода джерела струму. Другий електрод площею 100 см<sup>2</sup> 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/см<sup>2</sup>, 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 непереносимості 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, гіпертрофії передміхурової залози і одночасному застосуванні з інгібіторами МАО.

Спосіб використаний нами у 18 різноставевих праворуких хворих з невираженим стійким галюцинаторно-маячним варіантом простої шизофренії з суїцидальною поведінкою із середньою тривалістю захворювання 13 років у віці від 20 до 60 років з безперервним перебігом, котрі виявляли ознаки терапевтичної резистентності. Позитивний результат отримано у 11 хворих, невизначений - у 7 хворих, що підтверджується вірогідними клініко-психопатологічними, патопсихологічними та електрофізіологічними даними.

Приклад 1. Хворий В., 39 років. Діагноз: шизофренія проста, невиражений галюцинаторно-маячний варіант, безперервний перебіг, рецидив. Хворіє 13 років, 9 разів лікувався стаціонарно в міській клінічній психіатричній лікарні, інвалід III групи, працює архіваріусом, останній раз лікувався стаціонарно з 07.01.00 р. по 17.02.00 р. у зв'язку із загостренням галюцинаторно-маячної симптоматики і появою суїцидальної поведінки. До застосування заявленого способу комплексної терапії шизофренії з суїцидальною поведінкою у хворого відмічалась терапевтична резистентність.

Хворий приймав щоденно тричі о 8, 14 та 20 год. амітриптилін усередину після їди в таблетках в дозі 150 мг/доб. Додатково на фоні попереднього двотижневого перорального прийому амітриптиліну через 2 год. після ранкового його перорального прийому проводили лікування методом "швидкої транквілізації" - часте (через 1-4 год.) внутрішньом'язове введення амітриптиліну до покращення стану хворого при добових дозах від середніх до високих, з допомогою апарату "Поток-1". Для цього електрод площею 50 см<sup>2</sup>, котрий складається з трьох сполучних частин (металеві пластини), із яких дві пластини, кожна площею по 10 см<sup>2</sup>, разом з материними прокладками, розміщували на закриті повіки, а третю пластину прощою 30 см<sup>2</sup> з матер'яною прокладкою розміщували на область чола і приєднували до анода джерела струму.

Другий електрод площею  $100 \text{ см}^2$  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/см<sup>2</sup>, тривалості процедури від 20 до 25 хв. при курсі лікування 15 щоденних процедур.

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

Внаслідок лікування наступило значне покращення стану хворого - менше став акцентувати увагу на деперсоналізаційно-дереалізаційних розладах, став спокійнішим, дезактуалізувались галюцинаторно-маячні утворення, нормалізувався настрій, щезли епізодичні слухові галюцинації, суїцидальна поведінка, став більш товаришським, охайним, лагідним, почав багато читати, цікавитися методом трансцеребральної гальванізації, телепередачами та випуском, будувати реальні плани на майбутнє, включитися в трудові процеси, допомагати в догляді за іншими хворими.

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

Таким чином, додаткове внутрішньом'язове введення амітриптиліну методом "швидкої транквілізації" та подальше проведення лікування методом трансцеребральної гальванізації привело до швидкого нарощування його концентрації безпосередньо в заінтересованих структурах головного мозку, зменшення резистентності до психофармакотерапії, прогресивності процесу, порідшення побічних реакцій і ускладнень, регресу суїцидальної поведінки, створення умов для реабілітації і скорочування терміну лікування за рахунок підвищення терапевтичного ефекту.

Приклад 2. Хворий А., 35 років. Діагноз: шизофренія проста, невиражений стійкий галюцинаторно-маячний варіант, безперервний перебіг, рецидив. Хворіє 16 років, більше 8 разів лікувався стаціонарно в міській клінічній психіатричній лікарні, інвалід II групи, ніде не працює, останній раз лікувався стаціонарно з 03.08.99р. по 28.09.99р. у зв'язку із загостренням галюцинаторно-маячної симптоматики і появою суїцидальної поведінки. До застосування заявленого способу комплексної терапії шизофренії з суїцидальною поведінкою у хворого відмічалась терапевтична резистентність.

Хворий приймав щоденно тричі по 8, 14 та 20 год. амітриптилін усередину після їди в таблетках в дозі 125 мг/доб. Додатково на фоні попереднього двотижневого перорального прийому амітриптиліну через 2 год. після ранкового його перорального прийому проводили лікування методом "швидкої транквілізації" - часте (через 1-4 год.) внутрішньом'язове введення амітриптиліну до покращення

стану хворого при добових дозах від середніх до високих, з подальшим проведенням лікування методом трансцеребральної гальванізації за методикою, що описана вище в прикладі 1. Побічних реакцій і ускладнень у хворого не відмічалося.

Внаслідок лікування наступило покращення стану хворого - регресували стійкі свербіжні утворення, зруйнувалась торпідність невиражених стійких галюцинаторно-маячних проявів, щезла суїцидальна поведінка, менше став фіксувати увагу на своїх переживаннях, емоційно ожив, став охайнішим, товаришським, адекватним, почав включатися в трудові процеси, цікавитися випуском та домашніми справами.

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

Таким чином, додаткове внутрішньом'язове введення амітриптиліну методом "швидкої транквілізації" та подальше проведення лікування методом трансцеребральної гальванізації привело до швидкого нарощування його концентрації безпосередньо в заінтересованих структурах головного мозку, зменшення резистентності до психофармакотерапії, прогресивності процесу, порідшення побічних реакцій і ускладнень, регресу суїцидальної поведінки, створення умов для реабілітації і скорочування терміну лікування за рахунок підвищення терапевтичного ефекту.

Як видно із прикладів здійснення, заявлений спосіб комплексної терапії шизофренії з суїцидальною поведінкою дієздатний і ефективний.

У порівнянні зі способом-прототипом заявлений спосіб комплексної терапії шизофренії з суїцидальною поведінкою сприяє швидкій редукції психопатологічних розладів, формуванню ремісії, регресу суїцидальної поведінки, зменшенню прогресивності процесу, формуванню умов для реабілітації, дає можливість швидко нарощувати концентрацію амітриптиліну безпосередньо в заінтересованих структурах головного мозку шляхом його додаткового внутрішньом'язового введення методом "швидкої транквілізації" і подальшого проведення лікування методом трансцеребральної гальванізації, що дозволяє зменшувати резистентність до психофармакотерапії і термін лікування на 7 днів за рахунок підвищення терапевтичного ефекту.

Спосіб-прототип дозволяє добитися позитивного ефекту тільки у 44% хворих, заявлений спосіб комплексної терапії невираженого стійкого галюцинаторно-маячного варіанту простої шизофренії з суїцидальною поведінкою дав позитивний ефект у 61,1% хворих.

Таким чином, спосіб в порівнянні із прототипом перевищує терапевтичну ефективність на 17,1%, що дає можливість скорочувати термін лікування.

---

ДП "Український інститут промислової власності" (Укрпатент)  
Україна, 01133, Київ-133, бульв. Лесі Українки, 26  
(044) 295-81-42, 295-61-97

---

Підписано до друку \_\_\_\_\_ 2001 р. Формат 60х84 1/8.  
Обсяг \_\_\_\_\_ обл.-вид. арк. Тираж 50 прим. Зам. \_\_\_\_\_

---

УкрІНТЕІ, 03680, Київ-39 МСП, вул. Горького, 180.  
(044) 268-25-22

---