



УКРАЇНА

(19) UA (11) 38767 (13) A

(51) 7 A61K31/05, A61N1/20

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

(54) СПОСІБ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ДЕПРЕСИВНО-ПАРАНОЇДНОГО СИНДРОМУ У ХВОРИХ ШИЗОФРЕНІЄЮ

(21) 2000095467

(22) 25.09.2000

(24) 15.05.2001

(33) UA

(46) 15.05.2001, Бюл. № 4, 2001 р.

(72) Петрюк Петро Тодорович

(73) Харківська міська клінічна психіатрична лікарня № 15

(57) Спосіб комплексного лікування депресивно-параноїдного синдрому у хворих шизофренією, що включає використання амітриптиліну і проведення електросну, який відрізняється тим, що додатково на фоні попереднього двотижневого перораль-

ного прийому амітриптиліну через 2 год після ранкового його перорального прийому внутрішньовенно крапельно вводять 30 мг амітриптиліну, розведеного в 150 мл фізіологічного розчину, зі швидкістю 60 крапель на 1 хв, і після введення 1/3-1/2 кількості лікувальної суміші, тобто через 20-25 хв, проводять лікування методом електросну за очно-завушним варіантом з постійним збільшенням сили струму від 15 до 20 мА, частоти імпульсів від 5 до 120 Гц, їх тривалості від 0,2 до 0,5 мс, тривалості процедури від 20 до 100 хв при курсі лікування 10 щоденних процедур.

Винахід відноситься до медицини, а саме - до психіатрії, і може бути використаний для комплексного лікування депресивно-параноїдного синдрому у хворих шизофренією.

Відомий спосіб комплексного лікування депресивно-параноїдного синдрому у хворих шизофренією, котрий включає проведення сеансів електросну (див.: Гиляровський В.А., Ливенцев Н.М., Кавыршин А.Я., Кириллова З.А. Электронаркоз и электросон в терапии психических заболеваний // Лечение сном психических заболеваний / Под ред. В.А. Гиляровского, Т.П. Симсон. - М.: Медгиз, 1950. - С. 52-60).

Недоліком відомого способу є велика тривалість курсу лікування, що зумовлено недостатньою терапевтичною активністю, а також відсутністю можливості швидко нарощувати концентрацію психотропних засобів, в тому числі амітриптиліну, безпосередньо в заінтересованих структурах головного мозку, активно впливати на прогресивність процесу і створювати умови для реабілітації хворих.

Відомий також спосіб комплексного лікування депресивно-параноїдного синдрому у хворих шизофренією, котрий включає комбіноване використання психотропних засобів і перемінного електричного струму, зокрема, амітриптиліну і електросудомної терапії (див.: Клиническая психиатрия / Н.Е. Бачериков, К.В. Михайлова, В.Л. Гавенко и

др.; Под ред. проф. Н.Е. Бачерикова. - К.: Здоровье, 1989. - С. 108-133, 319-361).

Недоліком способу є велика тривалість курсу лікування, що зумовлено недостатньою терапевтичною активністю, високою частотою побічних реакцій і важких 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 за технічною суттю і результатом, що досягається, до способу за винаходом є спосіб комплексного лікування депресивно-параноїдного синдрому у хворих шизофренією, котрий включає використання електросну на фоні прийому психотропних засобів (див.: Панасюк Е.Н., Федорив Я.Н., Модылевский В.М. Общая физиотерапия и курортология. - Львов: Свит, 1990. - С. 25-28).

Недоліком способу є велика тривалість курсу лікування, що зумовлено недостатньою терапевтичною активністю, а також відсутністю можливості швидко нарощувати концентрацію психотропних засобів, в тому числі амітриптиліну, безпосередньо в заінтересованих структурах головного мозку, активно впливати на прогресивність процесу і створювати умови для реабілітації хворих.

(19) UA (11) 38767 (13) A

В основі винаходу поставлено задачу комплексного лікування депресивно-параноїдного синдрому у хворих шизофренією шляхом додаткового внутрішньовенного крапельного введення амітриптиліну на фоні його перорального прийому з подальшим проведенням лікування методом електросну, що забезпечує підвищення терапевтичного ефекту.

Поставлена задача досягається тим, що, згідно з винаходом, додатково на фоні попереднього двотижневого перорального прийому амітриптиліну через 2 год після ранкового його перорального прийому внутрішньовенно крапельно вводять 30 мг амітриптиліну, розведеного в 150 мл фізіологічного розчину, зі швидкістю 60 крапель в 1 хв, і після введення 1/3-1/2 кількості лікувальної суміші, тобто через 20-25 хв, проводять лікування методом електросну за очно-завушним варіантом з постійним збільшенням сили струму від 15 до 20 мА, частоти імпульсів від 5 до 120 Гц, їх тривалості від 0,2 до 0,5 мс, тривалості процедури від 20 до 100 хв при курсі лікування 10 щоденних процедур.

Використання амітриптиліну для лікування депресивно-параноїдного синдрому у хворих шизофренією відомо, але невідомо швидке нарощування концентрації амітриптиліну безпосередньо в заінтересованих структурах головного мозку шляхом додаткового внутрішньовенного крапельного введення на фоні його перорального прийому і подальшого проведення лікування методом електросну. Проведення лікування методом електросну співпадає з максимальною концентрацією амітриптиліну в плазмі крові внаслідок основного перорального і додаткового внутрішньовенного прийомів препарату, 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 імпульсного 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. Електросон проявляє інтерполярну дію в клітинах життєво важливих центрів головного мозку - підкоркових утвореннях, стволі, в результаті чого нормалізуються обмінні процеси, кровообіг, збільшується хвилинний об'єм дихання і підвищується насиченість крові киснем, відновлює порушену вегетативно-гуморальну та емоційну рівновагу. Імпульсний струм проникає в порожнину черепа і впливає безпосередньо на підкоркову-стволову область головного мозку, в якій розміщені гіпоталамус, ядра зорових горбиків, ретикулярна формація, лімбічні системи та інші утворення. Процеси галь-

мування в корі головного мозку виникають внаслідок угамування стимулюючого впливу ретикулярної формації, при цьому відмічається активізація лімбічних утворень, зокрема гіпокампу. Під час електросну сповільнюються коркові ритми, в той час як підкоркові ритми після фази сповільнення проявляють тенденцію до наростання, особливо в лімбічних структурах, що покращує компенсаторні і адаптивні механізми центральної і вегетативної нервової системи і, відповідно, зменшує резистентність до психофармакотерапії. Разом з цим, дія амітриптиліну відбувається при сприятливо змінній реактивності нервової системи під впливом імпульсного струму, що значно порідшує появу небажаних побічних реакцій. Все це сприяє скороченню терміну лікування за рахунок підвищення терапевтичного ефекту.

Спосіб за винаходом здійснюється таким чином.

Хворий приймає щоденно тричі по 8, 14 та 20 год амітриптилін усередину після їди в таблетках в дозі від 100 до 200 мг/доб. Додатково на фоні попереднього двотижневого перорального прийому амітриптиліну через 2 год після ранкового його перорального прийому внутрішньовенно крапельно вводять 30 мг амітриптиліну, розведеного в 150 мл фізіологічного розчину, зі швидкістю 60 крапель на 1 хв, і після введення 1/3-1/2 кількості лікувальної суміші, тобто через 20-25 хв, проводять лікування методом електросну в затемненій, ізольованій від зовнішнього шуму палаті або кімнаті, в лежачому положенні, в зручній для сну позі. Після інструктажу про лікувальне значення електросну та попередження про відчуття, котрі будуть причинені електричним струмом, хворому закріплюють чотири електроди за очно-завушним варіантом і проводять процедуру з постійним збільшенням сили струму від 15 до 20 мА, частоти імпульсів від 5 до 120 Гц, їх тривалості від 0,2 до 0,5 мс, тривалості процедури від 20 до 100 хв при курсі лікування 10 щоденних процедур. Сприйняття пацієнтом імпульсного електричного струму у вигляді м'якого подиху вітру, приємного запаморочення, легкої вібрації, слабого тиску тощо свідчить про правильний вибір сили струму. Подальші почуття індивідуальні, частіше всього хворі відмічають тягар в повіках, млявість, котра переходить в сон, глибоке, рідке дихання, сповільнений пульс.

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

Спосіб протипоказаний при індивідуальній непереносимості струму, мокрій екземі в місцях накладання електродів, важких соматичних захворюваннях в стадії декомпенсації, органічних захворюваннях нервової системи та гострих порушеннях мозкового кровообігу.

Спосіб використаний нами у 20 різноставевих праворуких хворих з депресивно-параноїдним синдромом параноїдної шизофренії із середньою тривалістю захворювання 11,5 року віком від 20 до 60 років з безперервним перебігом, котрі виявляли ознаки терапевтичної резистентності. Позитивний результат отримано у 14 хворих, невизначений - у 6 хворих, що підтверджується вірогідними клініко-

психопатологічними, патопсихологічними та електрофізіологічними даними.

Приклад 1. Хворий Л., 50 років. Діагноз: шизофренія параноїдна, депресивно-параноїдний синдром, безперервний перебіг, рецидив. Хворіє 20 років, більше 15 разів лікувався стаціонарно в міській клінічній психіатричній лікарні, інвалід II групи, ніде не працює, останній раз лікувався стаціонарно з 10.01.2000 по 21.03.2000 у зв'язку із загостренням депресивно-параноїдної симптоматики. До застосування способу за винаходом комплексного лікування депресивно-параноїдного синдрому у хворих шизофренією у пацієнта відмічалась терапевтична резистентність.

Хворий приймав 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 внутрішньовенно крапельно вводили 30 мг амітриптиліну, розведеного в 150 мл фізіологічного розчину, зі швидкістю 60 крапель на 1 хв, і після введення 1/3-1/2 кількості лікувальної суміші, тобто через 20-25 хв, проводили лікування методом електросну за очно-завушним варіантом з допомогою апарату "Електросон-4Т". Для цього хворому на закриті очі і на область піпкуватих виростків розміщували електроди з гідрофільними прокладками, змоченими ізотонічним розчином хлориду натрію. Очні електроди з'єднували з катодом, електроди, розміщені на піпкуватих виростках, - з анодом. Процедуру проводили з постійним збільшенням сили струму від 15 до 20 мА, частоти імпульсів від 5 до 120 Гц, їх тривалості від 0,2 до 0,5 мс, тривалості процедури від 20 до 100 хв при курсі лікування 10 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 параноїдних розладах, став спокійнішим, дезактуалізувались маячні стійкі утворення, нормалізувався настрій, зникли тривога, епізодичні слухові галюцинації, став більш товаришким, охайним, лагідним, почав багато читати, цікавитися телепередачами та випискою, будувати реальні плани на майбутнє, частіше телефонувати рідним, включатися в трудові процеси.

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

Таким чином, додаткове внутрішньовенне крапельне введення амітриптиліну на фоні його перорального прийому та подальше проведення лікування методом електросну привело до швидкого нарощування його концентрації безпосередньо в заінтересованих структурах головного мозку, зменшення резистентності до психофармакотерапії, прогредієнтності процесу, порідшення побічних реакцій і ускладнень, створення умов для реабілітації і скорочування терміну лікування за рахунок підвищення терапевтичного ефекту.

Приклад 2. Хворий Д., 49 років. Діагноз: шизофренія параноїдна, депресивно-параноїдний синдром, безперервний перебіг, рецидив. Хворіє 14 років, більше 10 разів лікувався стаціонарно в

міській клінічній психіатричній лікарні, інвалід. II групи, останній раз лікувався стаціонарно з 10.10.1999 по 01.12.1999 у зв'язку із загостренням депресивно-параноїдної симптоматики. До застосування способу за винаходом комплексного лікування депресивно-параноїдного синдрому у хворих шизофренією у хворого відмічалась терапевтична резистентність.

Хворий приймав щоденно тричі о 8, 14 та 20 год амітриптилін усередину після їди в таблетках в дозі від 150 до 200 мг/доб. Додатково на фоні попереднього двотижневого перорального прийому амітриптиліну через 2 год після ранкового його перорального прийому внутрішньовенно крапельно вводили 30 мг амітриптиліну, розведеного в 150 мл фізіологічного розчину, зі швидкістю 60 крапель на 1 хв, і після введення 1/3-1/2 кількості лікувальної суміші, тобто через 20-25 хв, проводили лікування методом електросну за методикою, що описана вище в прикладі 1. Побічних реакцій і ускладнень у хворого не відмічалось.

Внаслідок лікування наступило покращення стану хворого - регресував депресивно-параноїдний синдром, менше став фіксувати увагу на своїх переживаннях, емоційно ожив, зникла суїцидальна поведінка, тривога, став охайнішим, товаришким, адекватним, нормалізувався настрій, прибивав у вазі, почав включатися в трудові процеси і цікавитися сім'єю, випискою.

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

Таким чином, додаткове внутрішньовенне крапельне введення амітриптиліну на фоні його перорального прийому та подальше проведення лікування методом електросну привело до швидкого нарощування його концентрації безпосередньо в заінтересованих структурах головного мозку, зменшення резистентності до психофармакотерапії, прогредієнтності процесу, порідшення побічних реакцій і ускладнень, створення умов для реабілітації і скорочування терміну лікування за рахунок підвищення терапевтичного ефекту.

Як видно із прикладів здійснення, спосіб за винаходом комплексного лікування депресивно-параноїдного синдрому у хворих шизофренією дієздатний і ефективний.

Порівняно зі способом-прототипом, спосіб за винаходом комплексного лікування депресивно-параноїдного синдрому у хворих шизофренією сприяє швидкій редукції психопатологічних розладів, суїцидальної поведінки, формуванню ремісії, зменшенню прогредієнтності процесу, формуванню умов для реабілітації, дає можливість швидко нарощувати концентрацію амітриптиліну безпосередньо в заінтересованих структурах головного мозку шляхом додаткового внутрішньовенного крапельного введення амітриптиліну на фоні його перорального прийому та подальшого проведення лікування методом електросну, що дозволяє зменшувати резистентність до психофармакотерапії і термін лікування на 10 днів за рахунок підвищення терапевтичного ефекту.

Спосіб-прототип дозволяє добитися позитивного ефекту тільки у 52% хворих, спосіб за винаходом комплексного лікування депресивно-пара-

ноїдного синдрому у хворих шизофренією дав позитивний ефект у 70% хворих.

Таким чином, спосіб за винаходом, порівняно із прототипом, перевищує терапевтичну ефектив-

ність на 18%, 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
