



УКРАЇНА

(19) UA (11) 42938 (13) A

(51) 6 A61K31/015, A61N1/20

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

(54) СПОСІБ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ ПАРАНОЇДНОЇ ШИЗОФРЕНІЇ З СУЇЦИДАЛЬНОЮ ПОВЕДІНКОЮ

(21) 2000041901

(22) 04.04.2000

(24) 15.11.2001

(33) UA

(46) 15.11.2001, Бюл. № 10, 2001 р.

(72) Петрюк Петро Тодорович, Кутько Ігор Іванович, Коваленко Віктор Володимирович, Петрюк Олександр Петрович

(73) ХАРКІВСЬКА МІСЬКА КЛІНІЧНА ПСИХІАТРИЧНА ЛІКАРНЯ № 15, UA

(57) Спосіб інтенсивної терапії параноїдної 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 внутрішньом'язово вводять 20 мг амітриптиліну і через 20-40 хв. проводять лікування методом трансцеребральної гальванізації з постійним збільшенням сили струму від 2 до 5 мА, його щільності від 0,04 до 0,08 мА/см², тривалості процедури від 20 до 25 хв. при курсі лікування 16 щоденних процедур.

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

Відомий спосіб інтенсивної терапії параноїдної 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, 1999. - 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 інтенсивної терапії параноїдної шизофренії з суїцидальною поведінкою, котрий включає комбіноване використання психотропних засобів, в т.ч. і амітриптиліну, і періодично електричного струму у вигляді електросудомної терапії (Клиническая психиатрия / Н.Е. Бачериков, К.В. Михайлова, В.Л. Гавенко 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 суїцидальної поведінки, високою чистотою побічних ре-

акцій 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 запропонованого є спосіб інтенсивної терапії параноїдної шизофренії з суїцидальною поведінкою, котрий включає поєднання перорального і парентерального прийому амітриптиліну і гальванізацію комірцевої зони по О.Ю. Щербак (Демедюк І.А. Психические заболевания // Клиническая физиотерапия / В.В. Оржежковский, Е.С. Волков, И.А. Деменюк 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, 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

(19) UA (11) 42938 (13) A

двотижневого перорального прийому амітриптиліну через 2 год після ранкового його перорального прийому внутрішньом'язево вводять 20 мг амітриптиліну і через 20-40 хв проводять лікування методом трансцеребральної гальванізації з постійним збільшенням сили струму від 2 до 5 мА, його щільності від 0,04 до 0,08 мА/см², тривалості процедури від 20 до 25 хв при курсі лікування 16 щоденних процедур.

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

Механізм дії амітриптиліну, якому властива значна холінолітична активність, зв'язують з інгібуванням зворотного 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 накопиченню 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. Запропонований спосіб інтенсивної терапії параноїдної шизофренії з суїцидальною поведінкою повністю виключає такі важкі ускладнення, як вивихи та підвивихи суглобів, тріщини і переломи хребців, бронхопневмонії, зупинку серця і смерть.

Запропонований спосіб здійснюється наступним чином.

Хворий приймає щоденно тричі по 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 внутрішньом'язево вводять 20 мг амітриптиліну і через 20-40 хв проводять лікування методом трансцеребральної гальванізації. Для цього електрод площею 50 см², котрий складається з трьох сполучних частин (металеві пластини), із яких дві пластини, кожна площею по 10 см², разом з матер'яними прокладками, розміщують на закриті повіки, а третю пластину площею 30 см² з матер'яною прокладкою розміщують на

область чола і приєднують до анода джерела струму. Другий електрод площею 100 см² розміщують на зону нижніх шийних хребців в області задньої поверхності 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/см², тривалості процедури від 20 до 25 хв при курсі лікування 16 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, злоскісних новоутвореннях, схильності до кровотеч, глаукомі, атонії сечового міхура, гіпертрофії передміхурової залози і одночасному застосуванні з інгібіторами МАО.

Спосіб використаний нами у 19 різноставних праворукх хворих з вираженим стійким галюцинаторно-маячним варіантом параноїдної шизофренії з суїцидальною поведінкою із середньою тривалістю захворювання 11 років у віці від 20 до 60 років з безперервним перебігом, котрі виявляли ознаки терапевтичної резистентності. Позитивний результат отримано у 11 хворих, невизначений - у 8 хворих, що підтверджується вірогідними клініко-психопатологічними, патопсихологічними та електрофізіологічними даними.

Приклад 1. Хворий 3., 38 років. Діагноз: шизофренія параноїдна, виражений галюцинаторно-маячний варіант, безперервний перебіг, рецидив. Хворіє 12 років, 10 разів лікувався стаціонарно в міській клінічній психіатричній лікарні, інвалід III групи, працює вартувим, останній раз лікувався стаціонарно з 05.01.2000 по 17.02.2000 у зв'язку із загостренням галюцинаторно-маячної симптоматики і появою суїцидальної поведінки. До застосування запропонованого способу інтенсивної терапії параноїдної шизофренії з суїцидальною поведінкою у хворого відмічалася терапевтична резистентність.

Хворий приймав щоденно тричі по 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 внутрішньом'язево вводили 20 мг амітриптиліну і через 20-40 хв проводили лікування методом трансцеребральної гальванізації з допомогою апарату "Поток-1". Для цього електрод площею 50 см², котрий складається з трьох сполучних частин (металеві пластини), із яких дві пластини, кожна площею по 10 см², разом з матер'яними прокладками, розміщували на закриті повіки, а третю пластину площею 30 см² з матер'яною прокладкою розміщували на область чола і приєднували до анода джерела струму. Другий електрод площею 100 см² розміщували на зону нижніх шийних хребців в області задньої поверх-

ності 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/см², тривалості процедури від 20 до 25 хв при курсі лікування 16 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 деперсоналізаційно-дереалізаційних розладах, став спокійнішим, дезактуалізувались маячні стійкі утворення, нормалізувався настрій, зникли епізодичні слухові галюцинації, суїцидальна поведінка, став більш товариським, охайним, лагідним, почав багато читати, цікавитися методом трансцеребральної гальванізації, телепередачами та випискою, будувати реальні плани на майбутнє, включатися в трудові процеси, допомагати в догляді за іншими хворими.

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

Таким чином, додаткове внутрішньом'язеве введення амітриптиліну 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 Ф., 35 років. Діагноз: шизофренія параноїдна, виражений стійкий галюцинаторно-маячний варіант, безперервний перебіг, рецидив. Хворіє 13 років, більше 8 разів лікувався стаціонарно в міській клінічній психіатричній лікарні, інвалід II групи, ніде не працює, останній раз лікувався стаціонарно з 03.08.1999 по 28.09.1999 у зв'язку із загостренням галюцинаторно-маячної симптоматики і появою суїцидальної поведінки. До застосування запропонованого способу інтенсивної терапії параноїдної 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 внутрішньом'язево вводили 20 мг амітриптиліну і через 20-40 хв проводили лі-

кування методом трансцеребральної гальванізації за методикою, що описана вище в прикладі 1. Побічних реакцій і ускладнень у хворого не відмічалось.

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

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

Таким чином, додаткове внутрішньом'язеве введення амітриптиліну 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, запропонований спосіб інтенсивної терапії параноїдної шизофренії з суїцидальною поведінкою дієздатний і ефективний.

У порівнянні зі способом-прототипом запропонований спосіб інтенсивної терапії параноїдної 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 додаткового внутрішньом'язевого введення амітриптиліну і подальшого проведення лікування методом трансцеребральної гальванізації, що дозволяє зменшувати резистентність до психофармакотерапії і термін лікування на 6 днів за рахунок підвищення терапевтичного ефекту.

Спосіб-прототип дозволяє добитися позитивного ефекту тільки у 44% хворих, запропонований спосіб інтенсивної терапії вираженого стійкого галюцинаторно-маячного варіанту параноїдної шизофренії з суїцидальною поведінкою дав позитивний ефект у 57,9% хворих.

Таким чином, запропонований спосіб в порівнянні із прототипом перевищує терапевтичну ефективність на 13,9%, 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 _____ 2002 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
