



УКРАЇНА

(19) UA (11) 61638 (13) A

(51) 7 A61K31/00, A61N5/06

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

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ КРИЗОВИХ СТАНІВ ПСИХІКИ ПОСТСУЇЦИДАЛЬНОГО ПЕРІОДУ

1

2

(21) 2003032438

(22) 21 03 2003

(24) 17 11 2003

(46) 17 11 2003, Бюл. № 11, 2003 р.

(72) Сосін Іван Кузмич, Друзь Олег Васильович,
Купрієнко Ірина Володимирівна(73) ХАРКІВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯ-
ДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ(57) Спосіб лікування кризових станів психіки пост-
суїцидального періоду, який включає комбіновану

психофармакологічну і немедикаментозну терапію, який відрізняється тим, що як фармакологічну терапію призначають нейролептичний препарат флюанксол в дозі 0,5 мг два рази на добу і антидепресант флуоксетин у дозі по 20 мг два рази на добу на тлі психотерапевтичної і психологічної корекції, проводять щоденні сеанси трансдермальної лазерної терапії інтенсивністю 15-20 мВт, довжиною хвилі 0,86 мкм, експозицією 30-45 хвилин протягом 5-20 днів

Винахід відноситься до медицини, а саме до психіатрії, і може бути використаним для профілактики і корекції суїцидальної поведінки

Однією з актуальніших і драматичних медико-соціальних проблем сучасності є формування серед соціально дезадаптованої частини населення кризових станів психіки і коморбідних з ними аутоагресивних тенденцій, що виявляються, зокрема, суїцидальними спробами і завершеними суїцидами. Дана міждисциплінарна проблема, що відноситься, зокрема, до сфери психіатрії, психології і суїцидології, актуалізувалася до міжнародних масштабів, тому що суїциди реєструються як у країнах, що розвиваються, так і в країнах з високорозвиненою економікою і високим рівнем життя.

Дані статистики свідчать про те, що кількість суїцидів на земній кулі щорічно зростає, а максимум їх у населенні припадає на молодий і середній вік, тобто на найбільше соціально активний, працездатний період життя. Так, наприклад, у віковій групі від 15 до 44 років самогубства є другою з основних причин смерті в Японії, третьою - у Німеччині, Данії, Швеції і Швейцарії, четвертою в Канаді, Австралії, США.

Україна, що випробує в останні роки чимало економічних і соціальних проблем, перемістилася за рівнем самогубств на одне з перших місць у світі: показник частоти завершених суїцидів в останні роки досягає 29,8 на 100000 населення в рік. Це означає приблизно 15000 добровільних смертей протягом року. За середньо-статистичними даними, число невдалих суїцидальних спроб

приблизно в 10 разів перевищує число завершених суїцидів.

Поширення суїцидів спостерігається у всіх вікових групах, у т.ч. і серед контингенту осіб пенсійного віку. Для часто здійснюючих суїцидальні спроби молодих людей у віці від 18 до 29 років, характерний підвищений ризик рецидивування суїцидальних дій.

Серед причин суїцидів суттєве місце займають стани психічної і соціальної дезадаптації, невротизація, т.зв. «кризові стани психіки». У випадках невдалої («незавершеної») спроби самогубства, кризовий стан психіки в найближчому постсуїцидальному періоді ще більш збільшується по своїй вазі і клінічній структурі і є грізним чинником рецидиву суїцидальних дій. Звідси впливає важливість і актуальність пошуку надійних способів купірування кризових станів психіки в постсуїцидальному періоді.

Клінічна симптоматика (психічний, психологічний, сомато-неврологічний статус) постсуїцидального періоду має поліморфну симптоматику і залежить від особливостей психотравмуючої ситуації, особистісних особливостей, способу суїцидальної спроби і ваги аутоагресивної травматизації, наявності досуїцидальних психічних розладів і станів і т.д., що вимагає, безсумнівно, комплексності медикаментозних і немедикаментозних впливів.

Відомі способи лікування і профілактики суїцидальної поведінки за допомогою симптоматичного (синдромологічного) призначення психофармакологічних препаратів (Моховиков О.М., До-нець О.Ю., Резанов В.А.). Суїцидальна поведінка в

(13) A

(11) 61638

(19) UA

Україні епідеміологія, перспективи наукових досліджень, невідкладної психологічної допомоги та психосоціальної реабілітації // Укр вісн психоневрології - 1996 - Т 4, вип 3 (10) - С 47-49, Пілягіна Г Я Корекція та превенція суїцидальної поведінки у психічно хворих з психотичними та непсихотичними рівнями психопатологічних розладів // Архів психіатрії - 1997 - №3-4 - С 111-112)

Недоліком цих методів є велика тривалість лікування, можливість формування лікарської залежності, а також недостатня ефективність відсутність безпосереднього впливу на суїцидальну поведінку як на поведінковий акт та імовірність рецидивування суїцидальних поведінкових актів у випадку скасування психофармакотерапії чи її недостатньої ефективності

Відомі також способи використання невідкладної психотерапії пацієнтів із ситуаційними реакціями, що знаходяться в кризовому стані в найближчому постсуїцидальному періоді (Моховиков А Н Суицидальное поведение, гештальт-подход и консультирование // Таврич журн психиатрии - 1999 - №4 - С 14-16, Старшенбаум Г В Психотерапия лиц с суицидоопасными кризисными состояниями Автореф дис канд мед наук 14 00 18 / Моск НИИ психиатрии - М, 1991 - 18с)

Спочатку суїцидентам оказують емоційну підтримку Застосовують індивідуальну, раціональну, гіпноугестивну психотерапію Недоліком цього способу корекції і профілактики суїцидальної поведінки є його тривалість, недостатня ефективність, а також неможливість залучення в лікувальний процес всіх основних психопатологічних проявів кризового стану

Як спосіб профілактики суїцидальної поведінки запропонована латеральна фізіотерапія (Чуприков А П, Пілягіна Г Я Новый способ предупреждения суицидального поведения // Лікування та діагностика - 1997 - №3 -С 62-63) У її основі лежить ідея переважної латеральності суїцидального поводження (його морфо-функціональної представленості в лівій півкулі головного мозку) і можливості його корекції за допомогою низькочастотного імпульсного унілатерального субсенсорного електростимулювання Його застосовують при різних видах психічної патології впливає на міжпівкульові взаємодії мозку, що дуже важливо в зв'язку з взаємозумовленістю функціональної асиметрії мозку і різних психопатологічних симптомокомплексів, у число яких входить і «суїцидальний статус» Недоліком даного методу є неможливість застосування даного способу в пацієнтів із супутньої соматичною патологією

Найбільш близьким та обраним за прототип є спосіб комплексної терапії афективних розладів, що супроводжуються суїцидальними діями [Е Н Харченко Применение золофта в комплексной терапии аффективных расстройств, сопровождающихся суицидальными действиями // Укр вісн психоневрології - 2001 - Т 9, вип 4(29)] Препарат Золофт (сертралин) застосовують на тлі психотерапії в комплексному лікуванні афективних розладів непсихотичного рівня Схема лікування наступна золофт у дозі 50 мг призначають один раз у добу ранком Курс лікування складає до 4-х тижнів Паралельно проводять раціональну психо-

терапію У процесі лікування спостерігається наступне до 7-8 дня дослідження істотно поліпшуються суб'єктивні відчуття, підвищується настрій і активність, суїцидальні думки втрачають звучання, через 2 тижні відзначається виражене зниження тривожної і депресивної симптоматики, до закінчення 3-4 тижні застосування Золофту в більшості хворих практично цілком нівелюється тривожно-депресивні, фобічні й obsесивні розлади

Недоліком даного способу є досить тривалий прийом препарату, а також можливість виникнення залежності від препарату

В основу винаходу поставлено задачу удосконалення способу лікування кризових станів психіки постсуїцидального періоду, в якому за рахунок зміни характеру лікування та лікарських препаратів відбувається запобігання повторних суїцидів у пацієнтів, порушення психіки яких носили характер постстресових, депресивних, адаптацийних реакцій, особистісних і поведінкових розладів

Поставлена задача вирішується в спосіб лікування кризових станів психіки постсуїцидального періоду, який містить комбіновану психофармакологічну і немедикаментозну терапію, згідно з винаходом, у якості фармакологічної терапії призначають нейролептичний препарат флюанксол в дозі 0,5 мг два рази на добу і антидепресант флуоксетин у дозі по 20 мг два рази на добу, на тлі психотерапевтичної і психологічної корекції, проводять щоденні сеанси трансдермальної лазерної терапії інтенсивністю 15-20 мвт, довжиною хвилі 0,86 мкм, експозицією 30-45 хвилин протягом 5-20 днів

Завдяки використанню флюанксолу відбувається вплив у відношенні спілкування хворих з навколишніми, поліпшується встановлення соціальних контактів, підвищується настрій Флуоксетин вибірково купірує стресовий стан у формі усунення психічної напруги, страху, дисфоричного стану Трансдермальна лазерна терапія і одночасне проведення психотерапії та психологічної корекції дозволяє усунути "суїцидальний статус", гостру психопатологічну симптоматику Лікування дозволяє одержати стійку відсутність рецидивів суїцидальних дій

Спосіб реалізується наступним чином Після ретельного всебічного клініко-психопатологічного, анамnestичного, електрофізіологічного, біохімічного, психологічного обстеження пацієнта, доставленого в психіатричний стаціонар, йому призначають нейролептичний препарат флюанксол, що володіє анксиолітичною, антидепресивною, адаптогенною дією Схема лікування флюанксомом наступна таблетки в дозі 0,5 мг призначають для перорального прийому два рази в на добу (ранком і ввечері) після прийому їжі Одночасно хворому призначають препарат флуоксетин, що володіє антидепресивною дією Схема лікування разова пероральна доза капсулюваного препарату по 20 мг два рази на добу (ранком і ввечері після прийому їжі) Лікування здійснюють на тлі щоденних сеансів трансдермальної лазерної терапії Інтенсивність лазерного променя 15-20 мвт, довжина хвилі 0,86 мкм експозиція 30-45 хв) Синхронно здійснюють також сеанси психологічної корекції і психотерапії Тривалість курсової терапії визначають по зникненню психічних розладів, властивих постсуїцидальному

періоду і складає в середньому від 5 до 14 днів. При необхідності курс лікування може бути продовжений до 20 днів.

Ефективність пропонованого способу ілюструють наступні клінічні приклади (виписки з історії хвороби).

Приклад №1. Хворий Н., 1978 р. н., клінічний діагноз: гостра депресивна реакція, тривожно-депресивний синдром після суїцидальної спроби.

Хворий уперше був оглянутий через кілька годин після здійснення суїцидальної спроби внаслідок множинних самопорізів верхніх кінцівок і шиї. Суїцидальну спробу зробив у результаті дезадаптації, обумовленої перебуванням у спеціалізованому організованому колективі в умовах строгої дисципліни, регламентації режиму дня і повсякденних службових екстремальних навантажень із психічною і фізичною перенапругою.

При первинному огляді пацієнт у ясній свідомості, орієнтований у місці, часі, оточуючих обличчях, власній особистості. Мовному контакту важко доступний у бесіді напружений, недовірливий, підозрливий, похмурий, пасивний. Настрій значно знижений, емоційно подавлений, тривожний, метушливий. Підвищена афективна готовність, легко дратується, шкодує, що «не довів справу до кінця», загрожує повторити суїцидальні дії. Темп мислення трохи уповільнений, відзначається тенденція до песимістичних міркувань, до негативної оцінки минулого, сьогодення, майбутнього. Говорить, що «це безвихідний тупик». Висловлює уривчасті ідеї своєї слабості волі, малоцінності, малозначності і винності перед товаришами по службі. Вважає, що все це і з'явилося мотивом і причиною його поведінки і суїцидального вчинку. Переконанню до виживання по суті не піддається. Вегетативно лабільний. Критична самооцінка свого стану і того, що відбулося, відповідно значно знижена. Грубих розладів пам'яті не виявлено, інтелект відповідає отриманій освіті.

З першої доби перебування в стаціонарі, поряд з первинною хірургічною обробкою і наступним лікуванням ран, хворому проведено запропонованим способом лікування постсуїцидального кризового стану психіки і запобігання повторних суїцидальних дій. Призначено пероральний прийом препарату флюоксетин по 0,5 мг (1 таблетка) і препарату флуоксетин по 20 мг (1 капсула) ранком і ввечері. Щодня проводили трансдермальну лазерну терапію (інтенсивність лазерного променя 20 мВт, довжина хвилі 0,86 мкм, експозиція 30 хвилин). Щодня хворому проводили психокорекцію і раціональну психотерапію. У результаті лікування на 3 добу кризовий стан психіки був практично купіруваний, гостра психопатологічна симптоматика редукувалася. Однак продовжували залишатися астения, підвищена сензитивність, відсутність товариськості. У відділенні велику частину часу продовжував проводити в постелі. Не цілком дезактуалізувалася фабула психотравмуючих переживань, мали місце тривожний сон і часті нічні пробудження, у зв'язку з чим лікування було продовжено.

На 7 добу хворий вже охоче розмовляв, спокійно обговорював сформовану в нього особисту ситуацію. Суїцидальних думок не висловлював,

з'явилися реальні життєві плани. Періодично відзначався хитливий настрій, що було зв'язано зі спогадами про зроблену спробу самогубства, а також періодичними напливами думок про психотравмуючі переживання. У бесіді спокійно, адекватно обговорював сформовану ситуацію. Критичний до зробленої суїцидальної спроби. На 12 добу нормалізувався настрій, практично зникла фіксація думок на психотравмуючих обставинах, початків будувати реальні плани на майбутнє. Цілком критичний до зробленої суїцидальної спроби. Зникли думки, бажання і висловлення про повторення суїцидальної спроби. Виписаний у задовільному стані, приступив до звичної діяльності й активності.

Катамнез 1 рік. Рецидиву кризового стану психіки і повторних суїцидальних дій у пацієнта не реєструвалося.

Приклад 2. Хворий К., 1982 р. н., клінічний діагноз: Кризовий стан психіки після зробленої суїцидальної спроби.

Пацієнт у зв'язку зі здійсненням суїцидальної спроби шляхом самоповішення був доставлений у психіатричний стаціонар.

При первинному огляді орієнтований у місці, часі і власній особистості правильно. У бесіді напружений, виражені вегетативні реакції, дисфоричен. На питання відповідає неохоче, зі злістю, настрій депримований, емоційно легко збуджений, підвищена афективна готовність. Темп мислення не порушений, судження категоричні, переважає афективна логіка. Егоцентричний. Пам'ять збережена. Інтелект нижньої границі норми. Свої суїцидальні дії оцінює схвально, без жалю. Заявляє, що "ніхто не має права командувати ім", що "краще вмерти, чим підкорятися". Вираженої психотичної симптоматики не виявлено. Недостатньо критичен до зробленої суїцидальної спроби і свого поведіння.

З першої доби перебування в стаціонарі хворий приймав перорально флюоксетин 0,5 мг (1 таб.) і флуоксетин 20 мг (1 капс.) ранком і ввечері після прийому їжі. Щодня протягом 15 днів проводилася трансдермальна лазерна терапія потужністю 15 мВт, довжина хвилі 0,86 мкм, експозиція 30 хвилин. Також щодня хворому проводилася раціональна психотерапія. На 5 добу відзначалася позитивна динаміка: хворий охоче розмовляв, спокійно і вже досить адекватно обговорює сформовану з ним ситуацію. Суїцидальних думок не висловлює. Зберігається хитливий настрій, фіксований на психотравмуючих переживаннях. Критика до зробленої суїцидальної спроби недостатня. На 15 добу нормалізувалося тло настрою, значно знизилася фіксація на психотравмуючих обставинах, будує реальні плани на майбутнє. Цілком критичний до зробленої суїцидальної спроби.

Катамнез 1 рік. Суїцидальних спроб не повторював. Соціальне компенсований.

Запропонованим способом було проліковано 27 хворих (усі чоловічої статі, у віці від 18 до 28 років), доставлених у психіатричний стаціонар безпосередньо після здійснення спроб до самогубства. У всіх хворих реалізація способу забезпечила повний купіруючий ефект у відношенні постсуїцидальних психічних розладів у 22 чоловіків протя-

гом 5-14 діб і в 5 - протягом 14-20 діб. Ускладнень і побічних ефектів при реалізації способу, що заявляється, не спостерігалось. Катамнестичне спостереження показало відсутність рецидивів суци-

дальних дій у всіх досліджених пацієнтів. У жодному випадку не зареєстроване також формування лікарської залежності.