



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **79756** (13) **U**
(51) МПК
A61K 31/42 (2006.01)
A61N 1/20 (2006.01)

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: u 2012 13723	(72) Винахідник(и): Петрюк Олександр Петрович (UA), Петрюк Петро Тодорович (UA), Каленюк Анатолій Федорович (UA), Іваничук Ольга Петрівна (UA)
(22) Дата подання заявки: 30.11.2012	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 25.04.2013	
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 25.04.2013, Бюл.№ 8	(73) Власник(и): Петрюк Олександр Петрович, вул. Поштова, 3, м. Дубровиця, Рівненська обл., 34100 (UA), Петрюк Петро Тодорович, вул. Поштова, 3, м. Дубровиця, Рівненська обл., 34100 (UA), Каленюк Анатолій Федорович, вул. Фідарова, 4, кв. 25, м. Сарни, Рівненська обл., 34500 (UA), Іваничук Ольга Петрівна, вул. В. Кільцева, 132, кв. 92, м. Харків, 61143 (UA)

(54) СПОСІБ КОМБІНОВАНОЇ ТЕРАПІЇ ДЕКОМПЕНСАЦІЙ У ХВОРИХ З ДИСОЦІАЛЬНИМ РОЗЛАДОМ ОСОБИСТОСТІ З АГРЕСИВНОЮ ПОВЕДІНКОЮ

(57) Реферат:

Спосіб комбінованої терапії декомпенсацій у хворих з дисоціальним розладом особистості з агресивною поведінкою включає використання психотропних засобів, в т. ч. риссету, і проведення електросну. Протягом другого тижня лікування перорально вводять добову дозу риссету, підвищують від середньої до високої (щоденно по 1,0 мг до 8,0-9,0 мг/доб.) і через 2 год. після ранкового перорального прийому риссету 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 70 хв. при курсі лікування 14 щоденних процедур.

UA 79756 U

Корисна модель належить до медицини, а саме до психіатрії, і може бути використана для комбінованої терапії декомпенсацій у хворих з дисоціальним розладом особистості з агресивною поведінкою.

Відомий спосіб комбінованої терапії декомпенсацій у хворих з дисоціальним розладом особистості з агресивною поведінкою, котрий включає пероральний прийом високих доз психотропних засобів, в т.ч. риссету (Джордж Арана, Джеральд Розенбаум. Фармакотерапия психических расстройств: Пер. с англ. – М.: Издательство "БИНОМ", 2004.-416 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. риссету, безпосередньо в заінтересованих структурах головного мозку, активно впливати на динаміку розладу, зокрема декомпенсацію та агресивну поведінку, створювати умови для реабілітації хворих.

Відомий також спосіб комбінованої терапії декомпенсацій у хворих з дисоціальним розладом особистості з агресивною поведінкою, котрий включає комбіноване використання психотропних засобів і деяких методів електротерапії (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, високою частотою побічних реакцій і ускладнень (вивихи та підвивихи суглобів, тріщини і переломи хребців, бронхопневмонії, зупинка серця і смерть), а також відсутністю можливості швидко нарощувати концентрацію риссету безпосередньо в заінтересованих структурах головного мозку, активно впливати на динаміку розладу, зокрема декомпенсацію та агресивну поведінку, і створювати умови для реабілітації хворих.

Найбільш близьким по технічній суті і досягуваному результату до заявленого є спосіб комбінованої терапії декомпенсацій у хворих з дисоціальним розладом особистості з агресивною поведінкою, котрий включає поєднання перорального і парентерального прийомів психотропних засобів і гальванізацію комірцевої зони по О.Ю. Щербак (Демедюк І.А. Психические заболевания // Клиническая физиотерапия / Оржежковский В.В., Волков Е.С., Демедюк И.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 риссету безпосередньо в заінтересованих структурах головного мозку, активно впливати на динаміку розладу, зокрема декомпенсацію та агресивну поведінку, створювати умови для реабілітації хворих.

В основу корисної моделі поставлено задачу скорочення терміну лікування за рахунок підвищення терапевтичного ефекту при комбінованій терапії декомпенсацій у хворих з дисоціальним розладом особистості з агресивною поведінкою шляхом додаткового перорального підвищення добової дози риссету від середньої до високої з подальшим проведенням лікування методом електросну, що забезпечує підвищення терапевтичного ефекту.

Поставлена задача вирішується тим, що згідно з корисною моделлю додатково протягом другого тижня лікування перорально добову дозу риссету підвищують від середньої до високої (щоденно по 1,0 мг до 8,0-9,0 мг/доб.) і через 2 год. після ранкового перорального прийому риссету 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 70 хв. при курсі лікування 14 щоденних процедур.

Використання риссету для комбінованої терапії декомпенсацій у хворих з дисоціальним розладом особистості з агресивною поведінкою відомо, але невідомо швидко нарощування концентрації риссету безпосередньо в заінтересованих структурах головного мозку шляхом додаткового перорального підвищення добової дози риссету від середньої до високої і подальшого проведення лікування методом електросну. Проведення лікування методом електросну співпадає з максимальною концентрацією риссету в плазмі крові внаслідок його основного і додаткового перорального прийомів, отже, з найбільш вираженою його дією.

Механізм дії риссету, який є атипичним нейролептиком із групи бензизоксазолу, зв'язують з дією його як селективного моноамінергічного антагоніста 5-HT₂-серотонінергічних і D₂-дофамінергічних рецепторів в центральній нервовій системі, а також з блокадою α₁-адренергічних і в меншій мірі H₁-гістамінових та α₂-адренергічних рецепторів. Седативна дія обумовлена блокадою адренорецепторів ретикулярної формації стовбура головного мозку, протиблювотна дія - блокадою дофамінергічних D₂-рецепторів тригерної зони блювотного центру, гіпотермічна дія - блокадою дофамінергічних рецепторів гіпоталамуса. Разом з цим

даний препарат не виявляє дії на холінергічні рецептори, має антипсихотичний ефект (усуває маячні ідеї, галюцинації, автоматизм), а також зменшує почуття страху, гніву, прояви фізичного насильства, похмуро-злобливий настрій, невитриманість, емоційну збудливість, вибуховість, зменшує схильність до афективних реакцій, знижує агресивність, підвищує толерантність до фрустрації, благотворно впливає на поведінку хворих з декомпенсаціями у пацієнтів з дисоціальним розладом особистості з агресивною поведінкою, покращує динаміку розладу. В меншій мірі, ніж класичні нейролептики, пригнічує рухову активність і каталепсію.

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 надходженню ристету в головний мозок і спинномозкову рідину, вибіркового накопичення його в заінтересованих структурах головного мозку, які мають відношення до патогенетичних ланок дисоціального розладу особистості, зокрема декомпенсації. Електросон проявляє інтерполярну дію в клітинах життєво важливих центрів головного мозку - підкоркових утвореннях, стовбурі, 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 підкорково-стовбурову область головного мозку, в котрій розміщені гіпоталамус, ядра зорових горбиків, ретикулярна формація, лімбічні системи та інші утворення. Процеси гальмування 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 вегетативної нервової системи і, відповідно, зменшує резистентність до психофармакотерапії. Разом з цим, дія ристету відбувається при сприятливо зміненій 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.

Заявлений спосіб комбінованої терапії декомпенсацій у хворих з дисоціальним розладом особистості з агресивною поведінкою повністю виключає такі важкі ускладнення, як вивихи та підвивихи суглобів, тріщини і переломи хребців, бронхопневмонії, зупинку серця та смерть.

Заявлений спосіб здійснюється наступним чином.

Хворий приймає щоденно о 8 год. ристет усередину після їжі в таблетках в дозі 1,0-2,0 мг/доб. Додатково протягом другого тижня лікування перорально добову дозу ристету підвищують від середньої до високої (щоденно по 1,0 мг до 8,0-9,0 мг/доб.) і через 2 год. після ранкового перорального прийому ристету 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 70 хв. при курсі лікування 14 щоденних процедур.

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

Спосіб протипоказаний при індивідуальній нестерпності струму, негативному відношенні хворого до електросну, 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, нирковій недостатності, еклампсії, епілепсії, одночасному застосуванні з інгібіторами MAO, гіпертрофії передміхурової залози, гострих порушеннях мозкового кровообігу, гострому отруєнні алкоголем, барбітуратами і коматозних станах.

Спосіб використаний нами у 16 різностатевих праворуких хворих з декомпенсаціями у хворих з дисоціальним розладом особистості з агресивною поведінкою із середньою тривалістю захворювання 20 років у віці від 20 до 60 років, котрі виявляли ознаки декомпенсації - періоди у динаміці розладів особистості, що характеризуються тривалим загостренням психопатичних рис, зокрема подразливості, грубості, нездатності підтримувати взаємовідносини, нездатності відчувати почуття провини, низьким порогом розряду агресії, включаючи насильство, нехтуваннями соціальними правилами і обов'язками, їхніми кількісними змінами під дією несприятливих для даного типу розладів особистості чинників оточення, нерідко з агресивною поведінкою. Позитивний результат отримано у 13 хворих, невизначений - у 3 хворих, що

підтверджується вірогідними клініко-психопатологічними, патопсихологічними, клініко-біохімічними та електрофізіологічними даними.

Приклад 1. Хворий Д., 46 років. Діагноз: дисоціальний розлад особистості, декомпенсація з агресивною поведінкою. Хворіє 26 років, 8 разів лікувався стаціонарно в обласній психіатричній лікарні, інвалід III групи, працює тимчасово вантажником на базарі, раніше неодноразово притягувався до кримінальної відповідальності за хуліганство, останній раз лікувався стаціонарно з 01.05.12 р. по 11.06.12 р. з дисоціальним розладом особистості з агресивною поведінкою у зв'язку із декомпенсацією. До застосування заявленого способу лікування декомпенсацій у хворих з дисоціальним розладом особистості з агресивною поведінкою у даного хворого відмічалась терапевтична резистентність.

Хворий приймав щоденно о 8 год. риссет усередину після їжі в таблетках в дозі 1,0-2,0 мг/доб. Додатково протягом другого тижня лікування перорально добову дозу риссету підвищували від середньої до високої (щоденно по 1,0 мг до 8,0-9,0 мг/доб.) і через 2 год. після ранкового перорального прийому риссету проводили 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 70 хв. при курсі лікування 14 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 своїх переживаннях, став спокійнішим, зменшились почуття гніву, прояви фізичного насильства, невтриманість, ступінь розлюченості, емоційна збудливість, вибуховість, зменшилась схильність до афективних реакцій, похмуро-злобливого настрою, наступив регрес декомпенсації, нормалізувалася поведінка, підвищилась толерантність до фрустрації, почав звертати увагу на взаємовідносини, відчувати свою провину, став охайним, перестав виявляти прояви агресивної поведінки, став більш товаришким, почав багато читати літературу, цікавитися методами електротерапії, 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, патопсихологічними, клініко-біохімічними та електрофізіологічними даними.

Таким чином, додаткове пероральне підвищення добової дози риссету від середньої до високої та подальше проведення лікування методом електросну привело до швидкого нарощування його концентрації безпосередньо в заінтересованих структурах головного мозку, зменшення резистентності до психофармакотерапії, покращення динаміки розладу, зокрема регресу декомпенсації та агресивної поведінки, порідшення побічних реакцій і ускладнень, створення умов для реабілітації і скорочування терміну лікування за рахунок підвищення терапевтичного ефекту.

Приклад 2. Хворий Ц., 45 років. Діагноз: дисоціальний розлад особистості, декомпенсація з агресивною поведінкою. Хворіє більше 25 років, понад 10 разів лікувався стаціонарно в обласній психіатричній лікарні, інвалід III групи по загальному захворюванню, працює неофіційно робітником на приватному підприємстві, неодноразово притягувався до кримінальної відповідальності за хуліганські дії, розбій, останній раз лікувався стаціонарно з 21.01.11 р. по 02.03.12 р. з дисоціальним розладом особистості з агресивною поведінкою у зв'язку із декомпенсацією. До застосування заявленого способу комбінованої терапії декомпенсацій у хворих з дисоціальним розладом особистості з агресивною поведінкою у даного хворого відмічалась терапевтична резистентність.

Хворий приймав щоденно о 8 год. риссет усередину після їжі в таблетках в дозі 1,0 мг/доб. Додатково протягом другого тижня лікування перорально добову дозу риссету підвищували від середньої до високої (щоденно по 1,0 мг до 8,0-9,0 мг/доб.) і через 2 год. після ранкового перорального прийому риссету проводили лікування методом електросну за методикою, що описана вище в прикладі 1. Побічних реакцій і ускладнень у хворого не відмічалось.

Внаслідок лікування наступило значне покращення стану хворого - менше став акцентувати увагу на своїх переживаннях, став спокійнішим, зменшились почуття гніву, прояви фізичного насильства, похмуро-злобливого настрою, емоційна збудливість, вибуховість, зменшилась схильність до афективних реакцій, наступив регрес стану декомпенсації, нормалізувалася поведінка, підвищилась толерантність до фрустрації, почав звертати увагу на взаємовідносини, відчувати свою провину, став охайним, перестав виявляти прояви агресивної поведінки, став більш товаришким, лагідним, значно покращилися відносини з рідними, хворими по палаті, почав багато читати, адекватно спілкуватися, цікавитися методами лікування, телепередачами,

випискою та домашніми справами, будувати реальні плани на майбутнє, включатися в трудові процеси, допомагати в догляді за іншими хворими.

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

5 Таким чином, додаткове пероральне підвищення добової дози риссету від середньої до високої та подальше проведення лікування методом електросну привело до швидкого нарощування його концентрації безпосередньо в заінтересованих структурах головного мозку, зменшення резистентності до психофармакотерапії, покращення зворотної динаміки розладу, зокрема регресу декомпенсації та агресивної поведінки, порідшення побічних реакцій і ускладнень, створення умов для реабілітації і скорочування терміну лікування за рахунок підвищення терапевтичного ефекту.

10 Як видно із прикладів здійснення, заявлений спосіб комбінованої терапії декомпенсацій у хворих з дисоціальним розладом особистості з агресивною поведінкою є дієздатний і ефективний.

15 У порівнянні зі способом-прототипом заявлений спосіб комбінованої терапії декомпенсацій у хворих з дисоціальним розладом особистості з агресивною поведінкою сприяє швидкій редукції психопатологічних розладів, агресивної поведінки, емоційної збудливості, проявів фізичного насильства, експлозивності, зменшенню схильності до афективних реакцій, формуванню компенсації, покращенню перебігу психічного розладу, зокрема регресу декомпенсації та агресивної поведінки, формуванню умов для реабілітації, дає можливість швидко нарощувати концентрацію риссету безпосередньо в заінтересованих структурах головного мозку шляхом 20 його додаткового перорального підвищення добової дози від середньої до високої та подальшого проведення лікування методом електросну, що дозволяє зменшувати резистентність до психофармакотерапії і термін лікування на 10 днів за рахунок підвищення 25 терапевтичного ефекту.

Спосіб-прототип дозволяє добитися позитивного ефекту тільки у 44,0 % хворих, заявлений спосіб комбінованої терапії декомпенсацій у хворих з дисоціальним органічним розладом особистості з агресивною поведінкою дав позитивний ефект у 65,3 % хворих.

30 Таким чином, заявлений спосіб в порівнянні із прототипом перевищує терапевтичну ефективність на 21,3 %, що дає можливість скорочувати термін лікування.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

35 Спосіб комбінованої терапії декомпенсацій у хворих з дисоціальним розладом особистості з агресивною поведінкою, котрий включає використання психотропних засобів, в т. ч. риссету, і проведення електросну, який **відрізняється** тим, що додатково вводять протягом другого тижня лікування перорально добову дозу риссету, підвищують від середньої до високої (щоденно по 1,0 мг до 8,0-9,0 мг/доб.) і через 2 год. після ранкового перорального прийому 40 риссету 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 70 хв. при курсі лікування 14 щоденних процедур.

Комп'ютерна верстка М. Ломалова

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Урицького, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

ДП "Український інститут промислової власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601