



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **79783** (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 14124	(72) Винахідник(и): Петрюк Олександр Петрович (UA), Іваничук Ольга Петрівна (UA), Петрюк Петро Тодорович (UA)
(22) Дата подання заявки: 11.12.2012	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 25.04.2013	(73) Власник(и): Петрюк Олександр Петрович, вул. Поштова, 3, м. Дубровиця, Рівненська обл., 34100 (UA), Іваничук Ольга Петрівна, вул. В. Кільцева, 132, кв. 92, м. Харків, 61143 (UA), Петрюк Петро Тодорович, вул. Поштова, 3, м. Дубровиця, Рівненська обл., 34100 (UA)
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 25.04.2013, Бюл.№ 8	

(54) СПОСІБ ТЕРАПІЇ ПСИХОПАТИЧНИХ НАПАДІВ-ФАЗ У ХВОРИХ З ДИСОЦІАЛЬНИМ РОЗЛАДОМ ОСОБИСТОСТІ З АГРЕСИВНОЮ ПОВЕДІНКОЮ

(57) Реферат:

Спосіб терапії психопатичних нападів-фаз у хворих з дисоціальним розладом особистості з агресивною поведінкою включає використання психотропних засобів, в т. ч. риссету, і проведення центральної електроаналгезії. Додатково протягом другого тижня лікування перорально добову дозу риссету підвищують до середньої, і через певний час після ранкового перорального прийому риссету проводять лікування методом центральної електроаналгезії в режимі перемінної шпаруватості з постійним збільшенням сили струму, частоти імпульсів, їх тривалості, тривалості процедури при курсі лікування 14 щоденних процедур.

UA 79783 U

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

Відомий спосіб терапії психопатичних нападів-фаз у хворих з дисоціальним розладом особистості з агресивною поведінкою, який включає пероральний прийом високих доз психотропних засобів, в т.ч. риссету (Сметанников П.Г. Психиатрия: Руководство для врачей. - 6-е изд., перераб. и доп. - М.: Медицинская книга, 2007. - 784 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 на регрес психопатичного нападу-фази та агресивну поведінку, створювати умови для реабілітації хворих.

Відомий також спосіб терапії психопатичних нападів-фаз у хворих з дисоціальним розладом особистості з агресивною поведінкою, який 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 на регрес психопатичного нападу-фази та агресивну поведінку, і створювати умови для реабілітації хворих.

Найбільш близьким по технічній суті і досягнутому результату до заявленого є спосіб терапії психопатичних нападів-фаз 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.Щербаку (Демедюк И.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 на регрес психопатичного нападу-фази та агресивну поведінку, вираженість психопатичних реакцій, створювати умови для реабілітації хворих.

В основу корисної моделі поставлена задача скорочення терміну лікування за рахунок підвищення терапевтичного ефекту при терапії психопатичних нападів-фаз у хворих з дисоціальним розладом особистості з агресивною поведінкою шляхом додаткового перорального підвищення добової дози риссету до середньої з подальшим проведенням лікування методом центральної електроаналгезії, що забезпечує підвищення терапевтичного ефекту.

Поставлена задача вирішується тим, що згідно з корисною моделлю, додатково протягом другого тижня лікування перорально добову дозу риссету підвищують до середньої (щоденно по 1,0 мг до 5,0 мг/доб.), і через 1,5 год. після ранкового перорального прийому риссету проводять лікування методом центральної електроаналгезії в режимі перемінної шпаруватості з постійним збільшенням сили струму від 0,8 до 1,2 мА, частоти імпульсів від 200 до 1000 Гц, їх тривалості від 1,2 до 1,3 мс, тривалості процедури від 40 до 50 хв. при курсі лікування 14 щоденних процедур.

Використання риссету для терапії психопатичних нападів-фаз у хворих з дисоціальним розладом особистості з агресивною поведінкою відоме, але невідоме швидке нарощування концентрації риссету безпосередньо в заінтересованих структурах головного мозку шляхом додаткового перорального підвищення добової дози риссету до середньої і подальшого проведення центральної електроаналгезії. Проведення лікування методом центральної електроаналгезії 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 меншою мірою Ні-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. При цьому даний препарат не виявляє дії на холінергічні рецептори, має антипсихотичні ефекти (усуває маячні ідеї, галюцинації, автоматизм), а також зменшує почуття страху, гніву, прояви фізичного насильства, емоційну збудливість, вибуховість, зменшує схильність до афективних реакцій, знижує агресивність, підвищує толерантність до фрустрації, благотворно впливає на поведінку хворих з психопатичними нападами-фазами у пацієнтів з дисоціальним розладом особистості з агресивною поведінкою, покращує динаміку розладу. Меншою мірою, ніж класичні нейрорепетики, 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 проникність клітинних мембран, умови для потенціювання та пролонгування дії препарату. Це сприяє швидкому надходженню речовини в головний мозок і спинномозкову рідину, вибіркового накопичення його в заінтересованих структурах головного мозку, які мають відношення до патогенетичних ланок дисоціального розладу особистості, зокрема психопатичних нападів-фаз. Центральна електроаналгезія дає чіткий седативний, електротранквілізуючий та електроанестезуючий ефекти, а також покращує компенсаторні і адаптивні механізми центральної і вегетативної нервової системи і, відповідно, зменшує резистентність до психофармакотерапії. Разом з цим, дія речовини 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 терапії психопатичних нападів-фаз 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 по 8 год. речовину усередину після їжі в таблетках в дозі 1,0-2,0 мг/доб. Додатково протягом другого тижня лікування перорально дозову речовину підвищують до середньої (щоденно по 1,0 мг до 5,0 мг/доб.) і через 1,5 год. після ранкового перорального прийому речовини проводять центральну електроаналгезію білатерально за лобно-пипкуватою методикою з допомогою апарата "ЛЭНАР". Для цього роздвоєний катод розміщують в надбрівних областях в зонах виходів першої гілки трійчастого нерва, а роздвоєний анод - під пипкуватими виростками. Прокладки під електродами розміром 4×4 см змочують 2 % розчином натрію бікарбонату. Процедури проводять в режимі перемінної шпаруватості з постійним збільшенням сили струму від 0,8 до 1,2 мА, частоти імпульсів від 200 до 1000 Гц, їх тривалості від 1,2 до 1,3 мс, тривалості процедури від 40 до 50 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 непереносимості струму, негативному відношенні хворого до центральної електроаналгезії, запальних захворюваннях очей, мокрій екземі в місцях накладання електродів, важких соматичних захворюваннях в стадії декомпенсації, органічних захворюваннях нервової системи, гарячкових станах, зловживаннях новоутвореннями, схильності до кровотеч, глаукомі, атонії сечового міхура, нирковій недостатності, еклампсії, епілепсії, одночасному застосуванні з інгібіторами МАО, гіпертрофії передміхурової залози, гострих порушеннях мозкового кровообігу, гострому отруєнні алкоголем, барбітуратами і коматозних станах.

Спосіб використаний нами у 11 різностатевих праворуких хворих з психопатичними нападами-фазами 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 психопатичних нападів-фаз - періодичні, без явних причин, фази різкого загострення патохарактерологічних особливостей, 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 і виявляються порушеннями поведінки та соціальною дезадаптацією, нерідко з агресивною поведінкою. Відсутність чіткої залежності між клінічними проявами нападів-фаз, які можуть проявлятися великими і малими їхніми ознаками (стерті фази) і психопатичним складом особистості можуть свідчити про складнощі генезу з участю певного "ендогенного радикалу". Позитивний результат отримано у 9 хворих, невизначений - у 2 хворих, що підтверджується

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

Приклад 1. Хворий Д., 40 років. Діагноз: дисоціальний розлад особистості, психопатичний напад-фаза з агресивною поведінкою. Хворіє 25 років, 8 разів лікувався стаціонарно в обласній психіатричній лікарні, інвалід III групи, офіційно ніде не працює, сезонно працює різноробочим в будівельних організаціях, неодноразово раніше притягувався до кримінальної відповідальності за хуліганство, розбій, останній раз лікувався стаціонарно з 02.10.11 р. по 14.12.11 р. з дисоціальним розладом особистості з агресивною поведінкою у зв'язку із психопатичним нападом-фазою. До застосування заявленого способу терапії психопатичних нападів-фаз 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 перорально добову дозу риссету підвищували до середньої (щоденно по 1,0 мг до 5,0 мг/доб.), і через 1,5 год. після ранкового перорального прийому риссету проводили центральну електроаналгезію білатерально за лобно-пипкуватою методикою з допомогою апарата "ЛЭНАР". Для цього роздвоєний катод розміщували в надбрівних областях в зонах виходів першої гілки трійчастого нерва, а роздвоєний анод - під пипкуватими виростками. Прокладки під електродами розміром 4x4 см змочували 2% розчином натрію бікарбонату. Процедури проводили щоденно в режимі перемінної шпаруватості з постійним збільшенням сили струму від 0,8 до 1,2 мА, частоти імпульсів від 200 до 1000 Гц, їх тривалості від 0,2 до 0,3 мс, тривалості процедури від 40 до 50 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, емоційна збудливість, вибуховість, зменшилась схильність до афективних реакцій, наступив регрес психопатичного нападу-фази, 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, почав багато читати, 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 до середньої та подальше проведення лікування методом центральної електроаналгезії привело до швидкого нарощування його концентрації безпосередньо в заінтересованих структурах головного мозку, зменшення резистентності до психофармакотерапії, покращення динаміки розладу, зокрема регресу психопатичного нападу-фази та агресивної поведінки, порідшення побічних реакцій і ускладнень, створення умов для реабілітації і скорочування терміну лікування за рахунок підвищення терапевтичного ефекту.

Приклад 2. Хворий Ю., 39 років. Діагноз: дисоціальний розлад особистості, психопатичний напад-фаза з агресивною поведінкою. Хворіє 20 років, більше 10 разів лікувався стаціонарно в обласній психіатричній лікарні, інвалід III групи, працює неофіційно робітником на приватному підприємстві, останній раз лікувався стаціонарно з 24.12.11 р. по 30.01.12 р. з дисоціальним розладом особистості з агресивною поведінкою у зв'язку із психопатичним нападом-фазою. До застосування заявленого способу терапії психопатичних нападів-фаз 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 перорально добову дозу риссету підвищували до середньої (щоденно по 1,0 мг до 5,0 мг/доб.) і через 1,5 год. після ранкового перорального прийому риссету проводили лікування методом центральної електроаналгезії 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, емоційна збудливість, вибуховість, зменшилась схильність до афективних реакцій, наступив регрес психопатичного нападу-фази, 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, патопсихологічними, клініко-біохімічними та електрофізіологічними даними.

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

Як видно із прикладів здійснення, заявлений спосіб терапії психопатичних нападів-фаз у хворих з дисоціальним розладом особистості з агресивною поведінкою є дієздатний і ефективний.

У порівнянні зі способом-найближчим аналогом заявлений спосіб терапії психопатичних нападів-фаз у хворих з дисоціальним розладом особистості з агресивною поведінкою сприяє швидкій редукції психопатологічних розладів, агресивної поведінки, регресу психопатичних нападів-фаз, емоційної збудливості, проявів фізичного насильства, експлозивності, зменшенню схильності до афективних реакцій, формуванню компенсації, покращенню перебігу психічного розладу, формуванню умов для реабілітації, дає можливість швидко нарощувати концентрацію риссету безпосередньо в заінтересованих структурах головного мозку шляхом його додаткового перорального підвищення добової дози до середньої та подальшого проведення лікування методом центральної електроаналгезії, що дозволяє зменшувати резистентність до психофармакотерапії і термін лікування на 6 днів за рахунок підвищення терапевтичного ефекту.

Спосіб-найближчий аналог дозволяє добитися позитивного ефекту тільки у 44,0 % хворих, заявлений спосіб терапії психопатичних нападів-фаз у хворих з дисоціальним розладом особистості з агресивною поведінкою дав позитивний ефект у 58,1 % хворих.

Таким чином, заявлений спосіб в порівнянні із найближчим аналогом перевищує терапевтичну ефективність на 14,1 %, що дає можливість скорочувати термін лікування.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб терапії психопатичних нападів-фаз у хворих з дисоціальним розладом особистості з агресивною поведінкою, який включає використання психотропних засобів, в т. ч. риссету, і проведення центральної електроаналгезії, який **відрізняється** тим, що додатково протягом другого тижня лікування перорально добову дозу риссету підвищують до середньої (щоденно по 1,0 мг до 5,0 мг/доб.), і через 1,5 год. після ранкового перорального прийому риссету проводять лікування методом центральної електроаналгезії в режимі перемінної шпаруватості з постійним збільшенням сили струму від 0,8 до 1,2 мА, частоти імпульсів від 200 до 1000 Гц, їх тривалості від 1,2 до 1,3 мс, тривалості процедури від 40 до 50 хв. при курсі лікування 14 щоденних процедур.

Комп'ютерна верстка В. Мацело

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