



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **80156** (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**

<b>(21)</b> Номер заявки: <b>u 2012 14638</b>	<b>(72)</b> Винахідник(и): <b>Петрюк Олександр Петрович (UA),</b> <b>Іваничук Ольга Петрівна (UA),</b> <b>Петрюк Петро Тодорович (UA)</b>
<b>(22)</b> Дата подання заявки: <b>20.12.2012</b>	
<b>(24)</b> Дата, з якої є чинними права на корисну модель: <b>13.05.2013</b>	<b>(73)</b> Власник(и): <b>Петрюк Олександр Петрович,</b> вул. Поштова, 3, м. Дубровиця, Рівненська обл., 34100 (UA), <b>Іваничук Ольга Петрівна,</b> вул. В. Кільцева, 132, кв. 92, м. Харків, 61143 (UA), <b>Петрюк Петро Тодорович,</b> вул. Поштова, 3, м. Дубровиця, Рівненська обл., 34100 (UA)
<b>(46)</b> Публікація відомостей про видачу патенту: <b>13.05.2013, Бюл.№ 9</b>	

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

**(57) Реферат:**

Спосіб комбінованої терапії психопатичних нападів-фаз у хворих з дисоціальним розладом особистості з агресивною поведінкою включає використання психотропних засобів, в т.ч. риссету, і проведення електросну. Додатково протягом другого тижня лікування перорально добову дозу риссету підвищують від середньої до високої (щоденно по 1,0 мг до 8,0-10,0 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 65 хв. при курсі лікування 15 щоденних процедур.

UA 80156 U



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

Відомий спосіб комбінованої терапії психопатичних нападів-фаз 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 на психопатичний напад-фазу та агресивну поведінку, створювати умови для реабілітації хворих.

Відомий також спосіб комбінованої терапії психопатичних нападів-фаз 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 на психопатичний напад-фазу та агресивну поведінку, і створювати умови для реабілітації хворих.

Найбільш близьким по технічній суті і досягуваному результату до заявленого є спосіб комбінованої 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. 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 на психопатичний напад-фазу 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 психопатичних нападів-фаз 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 8,0-10,0 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 65 хв. при курсі лікування 15 щоденних процедур.

Використання риссету для комбінованої терапії психопатичних нападів-фаз 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 бензизоксазола, зв'язують з дією його як селективного моноамінергічного антагоніста 5-HT<sub>2</sub>-серотонінергічних і D<sub>2</sub>-дофамінергічних рецепторів в центральній нервовій системі, а також з блокадою α<sub>1</sub>-адренергічних і в меншій мірі H<sub>1</sub>-гістамінових та α<sub>2</sub>-адренергічних рецепторів. Седативна дія обумовлена блокадою адренорецепторів ретикулярної формації стовбур головного мозку, протиблювотна дія - блокадою дофамінергічних D<sub>2</sub>-рецепторів тригерної зони блювотного

центру, гіпотермічна дія - блокадою дофамінергічних рецепторів гіпоталамуса. При цьому 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 психопатичними нападами-фаз 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 психопатичних нападів-фаз. 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 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 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 8,0-10,0 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 65 хв. при курсі лікування 15 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, злоскісних новоутвореннях, 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 13 різностатевих праворуких хворих з психопатичними нападами-фаз у хворих з дисоціальним розладом особистості з агресивною поведінкою із середньою тривалістю захворювання 19 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

змiнами i виявляються порушеннями поведiнки та соцiальною дезадаптацiєю нерiдко з агресивною поведiнкою. Вiдсутнiсть чiткої залежностi мiж клiнiчними проявами нападiв-фаз, якi можуть проявлятися великими i малими iхнiми ознаками (стертi фази) i психопатичним складом особистостi можуть свiдчити про складнощi генезу з участю певного "ендогенного радикалу".

5 Позитивний результат отримано у 11 хворих, невизначений - у 2 хворих, що пiдтверджується вiрогiдними клiнiко-психопатологiчними, патопсихологiчними, клiнiко-бiохiмiчними та електрофiзiологiчними даними.

Приклад 1. Хворий Щ., 38 рокiв. Дiагноз: дисоцiальним розлад особистостi, психопатичний напад-фаза з агресивною поведiнкою. Хворiє 20 рокiв, 6 разiв лiкувався стацiонарно в обласнiй психiатричнiй лiкарнi, офiцiйно нiде не працює, сезонно працює рiзноробочим в будiвельних органiзацiях, неодноразово ранiше притягувався до кримiнальної вiдповiдальностi за хуліганство, розбiй, останнiй раз лiкувався стацiонарно з 03.12.11 р. по 05.02.12 р. з дисоцiальним розладом особистостi з агресивною поведiнкою у зв'язку iз психопатичним нападом-фазою. До застосування заявленого способу комбiнованої терапії психопатичних нападiв-фаз у хворих з дисоцiальним розладом особистостi з агресивною поведiнкою у даного хворого вiдмiчалась терапевтична резистентнiсть.

Хворий приймав щоденно о 8 год. риссет усередину пiсля їжi в таблетках в дозi 1,0-2,0 мг/доб. Додатково протягом другого тижня лiкування перорально добову дозу риссету пiдвищували вiд середньої до високої (щоденно по 1,0 мг до 8,0-10,0 мг/доб.) i через 2 год. пiсля ранкового перорального прийому риссету проводили лiкування методом електросну за очно-завушним варіантом з постiйним збiльшенням сили струму вiд 15 до 20 мА, частоти iмпульсiв вiд 5 до 120 Гц, iх тривалостi вiд 0,2 до 0,5 мс, тривалостi процедури вiд 20 до 65 хв. при курсi лiкування 15 щоденних процедур.

Данi лiкувальнi процедури хворий перенiс добре, побiчних реакцiй i ускладнень не вiдмiчалось.

Внаслiдок лiкування наступило значне покращення стану хворого - менше став акцентувати увагу на своїх переживаннях, став спокiйнiшим, зменшились почуття гнiву, похмуро-злобливого настрою, прояви фiзичного насильства, невтриманiсть, ступiнь розлюченостi, емоцiйна збудливiсть, вибуховiсть, зменшилась схильнiсть до афективних реакцiй, пiдвищилась толерантнiсть до фрустрацiї, почав звертати увагу на взаємовiдносини, вiдчувати свою провину, став охайним, наступив регрес психопатичного нападу-фази, нормалiзувалася поведiнка, перестав виявляти прояви агресивної поведiнки, став бiльш товариським, почав бiльше читати, цiкавитися методами електротерапії, телепередачами та випискою, будувати реальнi плани на майбутнє, вкључатися в трудовi процеси, допомагати в доглядi за iншими хворими.

Покращення стану хворого пiдтверджувалось вiрогiдними клiнiко-психопатологiчними, патопсихологiчними, клiнiко-бiохiмiчними та електрофiзiологiчними даними.

Таким чином, додаткове пероральне пiдвищення добової дози риссету вiд середньої до високої та подальше проведення лiкування методом електросну привело до швидкого нарощування його концентрацiї безпосередньо в заiнтересованих структурах головного мозку, зменшення резистентностi до психофармакотерапії, покращення динамiки розладу, зокрема регресу психопатичного нападу-фази та агресивної поведiнки, порiдшання побiчних реакцiй i ускладнень, створення умов для реабiлітацiї i скорочування термiну лiкування за рахунок пiдвищення терапевтичного ефекту.

Приклад 2. Хворий Д., 46 рокiв. Дiагноз: дисоцiальний розлад особистостi, психопатичний напад-фаза з агресивною поведiнкою. Хворiє бiльше 22 рокiв, понад 10 разiв лiкувався стацiонарно в обласнiй психiатричнiй лiкарнi, працює неофiцiйно робiтником на приватному пiдприємствi, неодноразово притягувався до кримiнальної вiдповiдальностi за хуліганські дiї, розбiй, останнiй раз лiкувався стацiонарно з 22.01.12 р. по 11.03.12 р. з дисоцiальним розладом особистостi з агресивною поведiнкою у зв'язку iз психопатичним нападом-фазою. До застосування заявленого способу комбiнованої терапії психопатичних нападiв-фаз у хворих з дисоцiальним розладом особистостi з агресивною поведiнкою у даного хворого вiдмiчалась терапевтична резистентнiсть.

Хворий приймав щоденно о 8 год. риссет усередину пiсля їжi в таблетках в дозi 1,0 мг/доб. Додатково протягом другого тижня лiкування перорально добову дозу риссету пiдвищували вiд середньої до високої (щоденно по 1,0 мг до 8,0-10,0 мг/доб.) i через 2 год. пiсля ранкового перорального прийому риссету проводили лiкування методом електросну за методикою, що описана вище в прикладі 1. Побiчних реакцiй i ускладнень у хворого не вiдмiчалось.

Внаслiдок лiкування наступило значне покращення стану хворого - менше став акцентувати увагу на своїх переживаннях, став спокiйнiшим, зменшились почуття гнiву, прояви фiзичного насильства, похмуро-злобливого настрою, емоцiйна збудливiсть, вибуховiсть, 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 більше 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 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 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 комбінованої терапії психопатичних нападів-фаз у хворих з дисоціальним розладом особистості з агресивною поведінкою є дієздатний і ефективний.

У порівнянні зі способом-прототипом заявлений спосіб комбінованої терапії психопатичних нападів-фаз 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 психопатичних нападів-фаз та агресивної поведінки, формуванню умов для реабілітації, дає можливість швидко нарощувати концентрацію риссету безпосередньо в заінтересованих структурах головного мозку шляхом 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 терапевтичного ефекту.

Спосіб-прототип дозволяє добитися позитивного ефекту тільки у 44,0 % хворих, заявлений спосіб комбінованої терапії психопатичних нападів-фаз у хворих з дисоціальним розладом особистості з агресивною поведінкою дав позитивний ефект у 66,0 % хворих.

Таким чином, заявлений спосіб в порівнянні із прототипом перевищує терапевтичну ефективність на 22,0 %, що дає можливість скорочувати термін лікування.

#### ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб комбінованої терапії психопатичних нападів-фаз у хворих з дисоціальним розладом особистості з агресивною поведінкою, який включає використання психотропних засобів, зокрема риссету, і проведення електросну, який **відрізняється** тим, що додатково протягом другого тижня лікування перорально добову дозу риссету підвищують від середньої до високої (щоденно по 1,0 мг до 8,0-10,0 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 65 хв. при курсі лікування 15 щоденних процедур.

---

Комп'ютерна верстка Д. Шеврун

---

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