

Винахід відноситься до медицини, а саме до наркології і може бути використаний при стресопсихотерапії хворих на алкогольну залежність за методом О.Р.Довженка.

Відомий спосіб лікування алкогольної залежності за методом О.Р.Довженка [1], (А.С. 1165392 А; «Способ А.Р.Довженко лечения хронического алкоголизма; № заявки 2969611, опубл. 07.07.85, бюл.25) полягає в створенні негативного умовного рефлексу на алкоголь, шляхом сеансу психотерапії і процедури «стрес-кодування»: депривації зору, надавлювання на точки Вале, зрощування поверхні зеву і порожнини рота хлоретілом.

Застосування методу Довженка по традиційній схемі дає позитивний ефект лікування у різних лікарів в 65-93% випадків [2-4].

З нашої точки зору, для підвищення ефекту лікування хворих на алкогольну залежність ще до проведення стресопсихотерапії, тим більше - при її виконанні, а також зразу ж після її застосування потрібно визначити такі критерії та показники, які давали би можливість прогнозувати якість наступної терапевтичної ремісії або виявляти контингент хворих з високою вірогідністю зриву ремісії, з метою тимчасового відсіву їх від лікування або застосування спеціальних допоміжних лікувальних та профілактичних медичних технологій та засобів, зберігаючих терапевтичну ремісію.

Автор методу О.Р.Довженко у якості способу прогнозу ефективності терапії та відсіву хворих від лікування на етапі підготовки до стресопсихотерапії використовує такий прийом, як вимогу обов'язкового попереднього 15-20-денного утримання пацієнтом від вживання алкоголю [2]. Пацієнти, які не виконали цієї умови, вважаються не готовими до лікування, вони не мають ні бажання, ні волі вилікуватися і на стресопсихотерапію не допускаються. Для пацієнтів, які виконали цю вимогу лікаря - автором прогнозується позитивний ефект наступного лікування.

Даний спосіб прогнозування ефективності лікування хворих на алкогольну залежність вибраний нами у якості прототипу.

В основу винаходу поставлено задачу створити спосіб раннього прогнозування ефективності лікування хворих на алкогольну залежність за методом О.Р.Довженка вже під час лікування, шляхом проведення простих функціональних досліджень стану вегетативної нервової системи - артеріального тиску (АТ) та скроневого тиску (СТ) справа і зліва стандартними методами, з метою виявлення феноменів нормалізації\* та перефазування\*\* цих показників вже під час процедури "стрес-кодування"; а також феномену зворотного перефазування\*\*\* цих показників на другий день після лікування з нормалізацією багатьох функцій, відчуттям полегшення, припливу сил і формуванням повної знеохоти до вживання алкоголю.

(\*) Феномен нормалізації АТ, СТ - зменшення або зростання цих показників у напрямку норми справа та зліва.

(\*\*) Феномен перефазування АТ, СТ - заміна функціональної асиметрії цих показників на протилежну. Наприклад: Перше вимірювання АТ до процедури "стрес-кодування" - 165/95мм.рт.ст. (зліва), 150/85мм.рт.ст. (справа); друге вимірювання - зразу після "процедури кодування" 135/85мм.рт.ст. (зліва), 140/80мм.рт.ст. (справа); СТ до процедури "стрес-кодування" - 80мм.рт.ст. (зліва), 76мм.рт.ст. (справа); друге вимірювання - зразу після процедури "кодування" - 67мм.рт.ст. (зліва), 69мм.рт.ст. (справа).

(\*\*\*) Феномен зворотного перефазування АТ, СТ - це знову зміна асиметрії цих показників справа і зліва на другий день після "стрес-кодування" на протилежну. Наприклад: при другому дослідженні після "стрес-кодування" АТ дорівнював 135/85мм.рт.ст. (зліва), 140/80мм.рт.ст. (справа); а вже на наступний день, тобто при третьому дослідженні - 130/80мм.рт.ст. (зліва), 120/80мм.рт.ст. (справа); скроневи тиск (СТ) при другому дослідженні дорівнював 67мм.рт.ст. (зліва), 69мм.рт.ст. (справа), а вже на другий день після "кодування" (третє вимірювання) - 65мм.рт.ст. (зліва) і 62мм.рт.ст. (справа)).

Поставлена задача вирішується тим, що після 15-20-денного утримання від вживання алкогольних напоїв, як це вимагає спосіб-прототип, пацієнту тричі: після закінчення сеансу психотерапії, тобто перед застосуванням процедури "стрес-кодування", зразу після цієї процедури та на наступний день після лікування вимірюють показники АТ, СТ справа і зліва, які віддзеркалюють зміни вегетативної нервової системи в процесі лікування.

Перше вимірювання АТ і СТ (до процедури "стрес-кодування") - вважається стандартом.

Безпосередньо під час процедури особистого "стрес-кодування" у пацієнта виявляється активна або пасивна самозахисна поведінка, яка віддзеркалює полярні прояви: неспокій або заторможеність, підвищення або зниження м'язового тону, підвищення або зниження сухожильних рефлексів, почервоніння або блідість обличчя.

При цьому відбувається (або не відбувається) виведення з рівноваги показників функціонального стану вегетативної нервової системи, в т.ч. - АТ і СТ, заміна їх функціональної асиметрії на протилежну. Так, якщо безпосередньо після процедури "стрес-кодування" високі показники АТ і СТ - знижуються у бік норми, низькі показники АТ і СТ - підвищуються у напрямку норми (феномен нормалізації показників), і, при цьому, низькі показники АТ, СТ зліва і високі показники справа, або низькі показники АТ, СТ справа і високі показники зліва - замінюються на протилежні (ефект перефазування АТ, СТ), то прогноз наступної терапевтичної ремісії - позитивний.

Якщо вищезгадані феномени нормалізації та перефазування показників АТ, СТ не відбуваються - прогноз ефективності стресопсихотерапії сумнівний або негативний.

Якщо на другий день знову відбувається перевертання показників АТ, СТ зліва та справа, (тобто, якщо показники АТ і СТ зліва при другому вимірюванні - були нижче, ніж справа, то при третьому вимірюванні - вони знову зліва вище, ніж справа, і, навпаки, - якщо зліва вони були вище, ніж справа, то при третьому вимірюванні - знову зліва нижче, ніж справа), то ми фіксуємо феномен зворотного перефазування функціональної асиметрії показників АТ, СТ і підтверджуємо позитивний прогноз лікування.

Хворі, у яких не відбувається феноменів нормалізації, перефазування та зворотного перефазування показників АТ, СТ справа і зліва при цих трьох вимірюваннях, потребують спеціального медичного спостереження, процедури "укріплення коду" та застосування спеціальних допоміжних медичних

(фармакологічних) і профілактичних технологій з метою збереження терапевтичної ремісії. Поточне (тобто в процесі лікування) і подальше (тобто на наступний день) прогнозування результатів лікування дозволяє підвищити загальну терапевтичну ефективність застосування методу О.Р.Довженка, ще на 5-15%.

Аналіз по критеріям "новизна", "винахідницький рівень", "промислово придатність".

Із співставлення ознак заявленого способу з ознаками способу-прототипу випливає, що спільними ознаками обох способів є:

- спосіб прогнозування ефективності лікування хворих на алкогольну залежність;
- обов'язкове попереднє виконання пацієнтами вимоги лікаря про 15-20-денне утримання від вживання алкогольних напоїв.

З проведеного співставлення також випливає, що відрізняльними ознаками заявленого способу є:

- заявлений спосіб є поточним (тобто у процесі лікування) і подальшим (тобто після завершення лікування) прогнозом, а спосіб-прототип - попереднім прогнозом (тобто ще до лікування);
- вимірюють артеріальний і скроневий тиск тричі: перший раз (одержання стандарту) - після проведення сеансу психотерапії, але до застосування процедури "стрес-кодування"; другий раз - зразу ж після проведення процедури "стрес-кодування" і третій - на наступний після лікування день;
- прогнозують ефективність проведеного лікування за методом О.Р.Довженка, спостерігаючи за результатами другого та третього вимірювання АТ і СТ: при зміні цих показників у напрямку їх нормалізації при другому дослідженні і у разі наявності феномену перефазування їх функціональної асиметрії - позитивний ефект; при відсутності феноменів нормалізації і перефазування - негативний або сумнівний ефект; при наявності зворотних змін функціональної асиметрії зліва/справа - показників АТ і СТ зліва/справа на наступний після лікування день - феномену зворотного перефазування функціональної асиметрії показників АТ і СТ - підтверджують позитивний прогноз проведеного лікування.

Ні в жодному з відомих інформаційних джерел не знайдено способу, суть якого було би охарактеризовано тією ж сукупністю ознак, що і у заявленого способу. Дана обставина забезпечує заявленому способу відповідність критерію "новизна".

З відомих джерел не випливає, що доповнюючи спосіб-прототип перерахованими вище відрізняльними ознаками, можна підвищити ефективність прогнозу лікування хворих на "алкогольну залежність за методом О.Р.Довженка на 5-15%. Особливо слід відмітити, що прогнозування якості терапії відбувається вже після завершення самої важливої частини лікувальної технології - процедури "стрес-кодування" та на наступний день і носить, таким чином характер поточного (у процесі лікування), а також - подальшого (тобто на наступний після лікування день) прогнозування. Ці обставини забезпечують запропонованому способу відповідність критерію "винахідницький рівень".

Заявлений спосіб є "промислово придатним", оскільки може бути використаний у тих же лікувальних закладах, що і спосіб-прототип.

Приклад 1 застосування способу прогнозу. Хворий 3., 45 років, водій автобазу. Діагноз: алкогольна залежність II стадії. Зловживає спиртними напоями 15 років. Двічі лікувався традиційними методами: детоксикація, сенсibilізуюча терапія тетурамом (ремісія - 3,5 роки і 1,5 роки). Має добру установку на лікування за методом О.Р.Довженка. До сеансу стресопсихотерапії не вживав алкоголю три тижні.

При першому вимірюванні (до процедури "стрес-кодування") артеріальний тиск: справа - 130/80мм.рт.ст., зліва - 125/85мм.рт.ст.; скроневий тиск: справа - 65мм.рт.ст., зліва - 62мм.рт.ст. Безпосередньо після процедури "кодування" артеріальний тиск: справа - 125/95мм.рт.ст., зліва - 130/90мм.рт.ст.; скроневий тиск: справа - 60мм.рт.ст., зліва - 62мм.рт.ст. На другий день після лікування за методом О.Р.Довженка артеріальний тиск: справа - 120/80мм.рт.ст., зліва - 110/80мм.рт.ст.; скроневий тиск: справа - 60мм.рт.ст., зліва - 56мм.рт.ст. Хворий відчуває приплив сили, активності ("мов гора з плечей впала..."), немає ніякого бажання до вживання алкогольних напоїв. Знаходиться у повній терапевтичній ремісії на протязі п'яти років.

Виклад 2 застосування способу прогнозу. Дві групи хворих на алкоголізм: 1-ша - в терапевтичній ремісії більше року (83чол.); 2-га - зі зливом ремісії впродовж одного-трьох місяців після лікування (18чол.). Вимірювання артеріального і скроневого тиску в цих групах дали такі середні результати (див. табл.1 і 2).

Таким чином, хворі на алкогольну залежність, які знаходяться у повній терапевтичній ремісії (1-ша група) при другому вимірюванні показників АТ і СТ (тобто зразу ж після процедури "стрес-кодування") відрізняються від хворих зі зливом ремісії впродовж 1-3міс. після лікування (2-га група) нормалізацією цих показників і заміною їх функціональної асиметрії на протилежну (феномен перефазування АТ і СТ справа і зліва); вони же відрізняються від хворих другої групи і при третьому дослідженні (на наступний після лікування день) - феноменом зворотного перефазування показників АТ і СТ справа і зліва.

Таблиця 1

Середні показники артеріального тиску (в мм.рт.ст)

Групи	До процедури "стрес-кодування"	Після процедури "стрес-кодування"	На наступний день після лікування
Перша - в ремісії:			
справа	129,5±1,39/82,34±1,04	122,81±2,84/76,13±1,29	122,42±1,41/80,26±1,12
зліва	113,99±1,57/77,85±1,16	124,74±2,88/80,2±1,57	118,64±1,12/78,46±1,01
Друга - з рецидивом хвороби:			
справа	121,8±3,42/78,8±2,0	118,95±2,57/74,47±2,53	130,33±4,21/74,48±2,86
зліва	117,94±2,57/77,5±2,0	113,68 ±2,56/73,95±1,92	126,44±3,61/72,81±2,13

Таблиця 2

Показники скроневого тиску у хворих на алкогольну залежність (в мм.рт.ст.)

Групи	До процедури "стрес- кодування"	Після процедури "стрес- кодування"	На наступний день після лікування
Перша - в ремісії: справа зліва	64,12±0,69 57,31±0,75	61,84±1,42 62,37±1,44	62,21±0,73 59,12±0,66
Друга - з рецидивом: справа зліва	60,9±1,71 57,97±1,28	59,71±1,28 57,07±1,28	65,26±1,92 62,47±1,75

Список цитованої літератури.

1. Довженко А.Р. Способ А.Р.Довженко лечения хронического алкоголизма // А.С. №11 65 392 А, № заявки 2969611, опуб. 7.07.85, бюл.25.
2. Довженко А.Р., Болотова З.Н., Воробьёва Т.М. с соавт. Стрессопсихотерапия больных алкоголизмом в амбулаторных условиях. - Ж.: Неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова, Т. LXXXVIII, Вып.2; М.: Медицина, 1988, с.94-97.
3. Закревський О.П., Медведєва О.В., Кононенко І.Н. з співавт. Порівняльна ефективність лікування хронічного алкоголізму за методом О.Р.Довженка ("психокодування"), методом імплантації препарату "Еспераль" - дісульфірам та методом "Еспераль-плацебо". - Ж.: Український вісник психоневрології. Том 4., Вип.4 (11), Харків, 1996, с.163-164.
4. Романов И.Г., Сиренко В.Б. О стрессопсихотерапии больных алкоголизмом в амбулаторных условиях по методу А.Р.Довженко. Сб.: Проблемы психиатрии, психосоматики, наркологии. // Матер, научно-практ.конф. -Курск, 1998, с.255-258.