



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 3548

(13) U

(51) 7 A61N1/18

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ РУХОВИХ КОНВЕРСІЙНИХ РОЗЛАДІВ

1

2

(21) 20040604644

(22) 14.06.2004

(24) 15.11.2004

(46) 15.11.2004, Бюл. №11, 2004р.

(72) Сон Анатолій Сергійович, Скоробреха В'ячеслав Захарович, Стоянов Олександр Миколайович

(73) ОДЕСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

(57) Спосіб лікування рухових конверсійних розладів шляхом використання психотропних препаратів, фізіотерапії, який відрізняється тим, що призначають внутрішньовенне повільне введення 0,2-

0,4 мл 3 % розчину феназепаму, попередньо змішаного з 20 мл фізіологічного розчину, і при виникненні у хворого відсутності свідомого контролю за власними рухами паретичної кінцівки починають сугестивно впливати на фіксацію його уваги на відновленні рухової активності кінцівки до згасання, кількість процедур - 3-5, з третього дня лікування призначають цетролекс 10 мг протягом шести тижнів, одночасно призначають 8-10 процедур дарсонвалізації, а на 3-5 день призначають пульс-психотерапію.

Корисна модель належить до області медицини, а саме до психоневрології і може бути використана для лікування рухових конверсійних розладів. Відомий спосіб лікування хворих з істеричними руховими розладами де використовується метод сугестії і застосовується фарадичний струм [1].

Недоліком вказаного способу є недостатньо виразний терапевтичний ефект, залишаються остатні явища пареза або паралічу, тривалий термін лікування, можливе короточасне поліпшення рухового дефекта.

Найбільш близьким до запропонованого технічного рішення є метод лікування істеричного невроза седуксеном перорально або внутрішньом'язево, ефект підсилюється нейролептиками [2].

Недоліками цього способу є його незначна ефективність, щодо відновлювання рухових функцій; велика кількість побічних дій, пов'язаних з використанням психотропних ліків; можливість виникнення наркотичної залежності; пригнічення інтелектуально-мнестичних функцій.

В основу корисної моделі поставлено задачу вдосконалення способу лікування рухових конверсійних розладів шляхом комплексного використання транквілізатора, антидепресанта, електротерапевтичного впливу, що дозволить досягти стійкого відновлення рухів у хворих на конверсійні розлади.

Поставлена задача вирішується тим, що згідно корисної моделі призначають внутрішньовенне повільне введення 0,2-0,4мл 3% розчину феназепаму попередньо змішаного з 20мл фізіологічного

розчину і при появі відсутності у хворого свідомого контролю за власними рухами паретичної кінцівки починають сугестивно впливати на фіксацію його уваги на відновлення рухової активності кінцівки до згасання, кількість процедур - 3-5; з третього дня лікування призначають цетролекс 10мг на протязі шести тижнів, одночасно призначають 8-10 процедур дарсонвалізації, а на 3-5 день призначають пульспсихотерапію.

Приклад конкретного використання способу

1. Хворий Т., 19 років. Призваний до служби в військах у листопаді 1997р. Поступив: 13.01.1998р. Виписаний: 30.01.1998р. Скарги на нестійкий, більшістю пригнічений настрій, мимовільне тремтіння голови на зразок «ні-ні». З анамнезу відомо: за характером ранимий, уразливий. З моменту прибуття на нове місце служби у хворого не склалися взаємовідносини зі старослужбовцями, зазнав приниження. Вранці 10.01.1998р., після ранкових фізичних вправ було помічено тремтіння голови за типом «ні-ні», що посилювалося за спокійних обставин. Звернувся у медичний пункт, був терміново шпиталізований.

Під час огляду: соматичний статус без особливостей. Неврологічний статус: черепно-мозкова інервація без ознак випадіння. Тремор голови за типом «ні-ні» ритмічного характеру, що зменшується при відволіканні уваги. Об'єм повільних рухів повний. М'язевий тонус, м'язова сила звичайні, без різниці сторін. Рефлекси середньої величини, рівні, патологічні - відсутні. Відчуття - не ушкоджені.

(13) U

(11) 3548

(19) UA

Координаторні проби виконує впевнено з обох боків. Помірно виражені вегетативні ознаки.

Аналізи крові, сечі - без відхилень від норми. Комп'ютерна томографія головного мозку - без ознак патології.

Лікування: ноотропні препарати, неолептил, амітриптилін. Покращення не наступило. З 20.01.1998 розпочата сугестивна терапія, введення феназепама щоденно струйно внутривенно, у наступній послідовності: 1-й день - 0,1мл 3% розчину на 20мл фізрозчину; 2-й день - 0,2мл 3% розчину на 20мл фізрозчину; 3-й день - 0,3мл 3% розчину на 20мл фізрозчину; 4-й день - 0,4мл 3% розчину на 20мл фізрозчину. На четверту добу після введення 0,4мл 3% розчину феназепама наступив глибокий сон, який тривав протягом доби. Після пробудження наступного дня гіперкінез зник. Були призначені цепролекс 10мг шість тижнів, дарсонвалізація - 8 процедур, а також пульстерапія.

Виписаний у частину для продовження служби.

2. Хворий Л., 19 років. Призваний до служби у листопаді 1999 року. Шпиталізований 22.02.2000р. Виписаний 21.03.2000р. Скарги на параліч у лівій нозі, руці. Напередодні захворювання вступив у суперечку із сусідом по казармі. Вночі відчув «віднімання» лівої половини тіла, вранці не зміг піднятися з ліжка. На носилках доставлений в медпункт частини, звідки - до шпиталю. Під час первинного огляду стан задовільний. Соматичний статус без особливостей. Неврологічний статус: очні щілини, зіниці та їхні реакції рівні. Обличчя симетричне. Язик - по середній лінії, фонація, ковтання не страждають. Об'єм довільних рухів у обох лівих кінцівках різко обмежений, однаково - як в руці, так і в нозі. М'язова сила в них дорівнює 2 балам. Хворий рухається поруч ліжка, опираючись на ногу, демонстративно кульгає. При цьому ліва рука притиснута вздовж тулуба, нерухома. М'язовий тонус «паретичних» кінцівок не змінився. Рефлекси звичайної величини, ледь пожвавлені, без різниці сторін. Патологічні рефлекси відсутні. Чітко визначає зону гіпестезії в руці, нозі, тулубі половинчатого, функціонального типу. Відчуття в зоні обличчя не ушкоджені.

Загальний аналіз крові, сечі, ЕКГ, флюорографія органів грудної клітини, ЕЕГ - без патологічних змін. За даними комп'ютерної томографії головного мозку ознак вогнищового ураження поразки головного мозку не отримано.

Встановлено діагноз: істеричний геміпарез.

На тлі сугестивної терапії проведено феназепамове розгальмування: 1-й день - 0,2мл 3% розчину на 20,0мл фізрозчину; 2-й день - 0,3мл 3% розчину на 20мл фізрозчину. На другу добу функції паретичних кінцівок стійко купіровані. Для закріплення отриманого ефекту призначено целебрекс по 10мг шість тижнів, дарсонвалізація - 10 процедур, пульспсихотерапія. Хворий Л. до лікарні адаптувався швидко, з бажанням допомагав медичному персоналу, незважаючи на наявність перезів кінцівок. Проте продовжував демонстративно кульгати на ліву ногу.

Геміпарез повільно регресував протягом двох тижнів. Переведений в іншу частину для продовження служби. В 98 випадках, що відстежувалися, було досягнуто повне відновлення функцій у 92 пацієнтів. Лише в 4 випадках захворювань на псевдогіперкінези отримано нестійкий ефект. В 2 випадках захворювання на нижній псевдопарепарез відновлення функцій не відбулося.

Отже, порівняно з прототипом, заявлений спосіб дозволяє провести більш ефективне лікування рухових конверсійних розладів і за короткий час отримати максимально стійкий результат у 93,87% випадків. Нетривале використання транквілізатора феназепама повністю виключає розвиток наркотичної залежності.

Використання фізичних чинників і психотерапевтичних засобів в подальшому лікуванні значно зменшує ризик появи побічних ефектів психотропних ліків, дозволяє у короткий термін - з перших процедур - ліквідувати або значно знизити руховий дефект при конверсійних розладах.

Використання медикаментозного і психотерапевтичного лікування.

Джерела інформації:

1. Давиденков С.Н. Неврозы. - М.: Медгиз, 1963. - с.206.

2. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психических больных. - М., 1988. - 529с.