



УКРАЇНА

(19) UA (11) 40853 (13) A

(51) 7 A61B10/00, G01N33/493

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У ХЛОПЧИКІВ-ПІДЛІТКІВ

(21) 2000074560

(22) 28.07.2000

(24) 15.08.2001

(46) 15.08.2001, Бюл. № 7, 2001 р.

(72) Проскуріна Тетяна Юріївна, Матковська Те-
тяна Миколаївна, Пліхова Олена Ігорівна(73) УКРАЇНСЬКИЙ НАУКОВО-ДОСЛІДНИЙ ІНС-
ТИТУТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ І ПІДЛІТКІВ

(57) Спосіб лікування невротичних розладів у хлопчиків-підлітків за допомогою лікарських засобів, що містять психотропні препарати, який **від-різняється** тим, що спочатку визначають рівень екскреції мелатоніну в добовій сечі і при підвищених його значеннях відносно сезону року проводять лікування з явно високою ефективністю.

Винахід відноситься до медицини, а саме до психоневрології, і може бути використаний для лікування невротичних розладів у хлопчиків-підлітків.

Відомий спосіб лікування неврозів, який являє собою вітамінотерапію (групи В) та фізіотерапію (електросон, фітованни) на фоні заспокійливих фітопрепаратів [1].

Однак, спосіб цей мало ефективний і застосовується тільки на ранніх стадіях захворювання.

Найбільш близьким за технічною суттю рішення, що заявляється, є спосіб лікування невротичних розладів, заснований на вживанні лікарських засобів, таких як ноотропи, дегідратійні засоби і транквілізатори [2].

Однак психотропні засоби необхідно застосовувати для лікування підлітків тільки в тих випадках, коли це гостро необхідно та терапія має достатню ефективність.

Задачею даного винаходу є створення такого способу лікування, при якому заздалегідь, до початку вживання препаратів, можна було б визначити його ефективність.

Відомо, що гормон епіфізу мелатонін володіє достатньо широким спектром біологічних ефектів і є одним з найважливіших регуляторів функціонального стану мозку [3].

Від цього безсумнівна участь мелатоніна в патогенезі невротичних захворювань, перш за все в підлітковому віці, коли організм, що розвивається, найбільш уразливий, а нейрогормональні механізми адаптації недосконалі. Особливо це стосується осіб чоловічої статі. Тому високий рівень мелатоніну може бути інформативним критерієм для виділення груп ризику і служити прогностич-

ним критерієм ефективності лікування невротичної патології у хлопчиків-підлітків.

Відомо також, що в організмі людини спостерігаються чіткі сезонні ритми в біосинтезі та секретії мелатоніна та склад епіфізарного гормону в сечі людини в різні сезони року неоднозначний [4], (табл.1).

Рішення поставленої задачі складається в визначенні у хворих хлопчиків-підлітків на початку лікування рівня екскреції мелатоніну в добовій сечі і при підвищених значеннях його відносно сезону року проведенні інтенсивної терапії з використанням психотропних препаратів.

Відомо використання особливостей екскреції мелатоніну з сечею для проведення світлотерапії при затримці статевого розвитку у хлопчиків-підлітків.

Застосування даних екскреції мелатоніну для визначення ефективності лікування, у тому числі невротичних розладів, у доступній авторам науковій та патентній інформації не виявлено.

Спосіб виконується таким чином. На початку лікування у хлопчиків-підлітків з невротичними розладами в добовій сечі визначають рівень екскреції мелатоніна за флуорометричним методом Друєкса в модифікації Г.В.Зубкова.

У випадках, коли ці показники перевищують відносну сезонну норму, проводять інтенсивну терапію з залученням психотропних лікарських засобів.

Приклад 1. Хворий Євген В., 16 років (історія хвороби № 1420) надійшов до клініки весною, в квітні місяці, зі скаргами на головний біль стискуючого характеру, частіше ввечері, біль в серці при перевтомі, біль у шлунку, зниження фону настрою та апетиту.

За словами матері підліток після розриву шлюбу батьків став замкнений, дратівливий, з приводу головного болю часто пропускав заняття в школі.

Із анамнезу хвороби: підліток вважає себе хворим на протязі 6 місяців після складання іспитів, з того часу, коли вперше з'явився головний біль, порушення сну, біль в області серця.

Після обстеження в кардіо-ревматологічному диспансері був поставлений діагноз: вегетосудинна дистонія. Проведена вітамінна терапія. Після літніх канікул самопочуття покращилося, але на протязі учбового року знову з'явився головний біль, нудота.

Із анамнезу життя: Народився першою дитиною в сім'ї вагою 3600 г, був прикладений до грудей на другу добу. Вагітність у матері проходила з токсикозом першої половини, пологи без ускладнень. Ріс неспокійною дитиною, часто були відрижка та блювота. Психомоторні функції розвивалися відносно віку. Єдина дитина в сім'ї. Виховувався матір'ю, батьком та бабусею. Батьки - педагоги. Мати - власна, настирна, домінувала в сім'ї, контролювала вчинки сина, стимулювала високі результати в навчанні. Батько за характером м'який, добрий, підчинявся дружині. За рік до хвороби сина пішов із сім'ї. Після чого підліток переживав розлучення, став замкненим, почав страждати на головний біль, кардіалгію. Обстежувався у педіатрів і кардіологів. Направлений до відділення психоневрології.

Об'єктивно: вище середнього зросту, зниженого харчування, покрови бліді, шкіра чиста. Із боку внутрішніх органів: незначна болісність в епігастральній області та по ходу кишечника. Рівномірне підвищення сухожильних рефлексів. Виражені вегетативні проявлення.

В психічному статусі: психопатологічної симптоматики не виявлено. Охоче вступає в контакт, розповідає про себе, про школу. До батька відноситься добре, до матері - з образою. Іпохондричний, відмічає підвищене сприйняття звуків, шуму, лабільність настрою. При кожному дослідженні (ЕЕГ, ЕКГ) з'являється почуття тривоги, напруження, пов'язане з очікуванням результатів. Постійно фіксує увагу на своїх відчуттях. Пам'ять знижена, увага розсіяна, ускладнено засинання, виражена втомлюваність, дратівливість. За даними досліджень функціональної діагностики: ЕКГ, ФКГ, ЕЕГ у межах вікової норми, АТ 100/60 мм рт.ст. Обстеження педіатра виявило функціональне захворювання шлунку із зниженою кислотоутворюючою здібністю та підвищеною секретотворюючою функцією.

Дослідження за допомогою ПДО: за шкалою об'єктивної оцінки діагностовано лабільний тип, за шкалою суб'єктивної оцінки - астено-невротичний тип. Реакція емансипації помірно виражена.

Поставлено діагноз: неврастенія, астено-іпохондричний синдром на фоні акцентуації характеру астено-невротичного та емоціонального типу, функціональне захворювання шлунку.

Рівень екскреції мелатоніна при надходженні до клініки складав 13,4 нмоль/добу. Було призначено лікування: вітамін В₆ 5-% розчин - 1,0 мл внутрішньом'язово №10 через день, екстракт ва-

леріани по 2 драже 3 рази на день після їжі, ЛФК, фітотерапії, електросон.

Рівень екскреції мелатоніна після курсу терапії склав 84,8 нмоль/добу, спостерігалася позитивна динаміка.

Приклад 2. Хворий Денис С., 16 років (історія хвороби №1799) надійшов до клініки у вересні зі скаргами на постійний головний біль лобної локалізації стискуючого характеру, колючі болі в серці, стомлюваність, дратівливість, поганий сон, зниження успішності в школі, погіршення пам'яті.

За словами матері: сім'я повна, негармонійна, підліток виховувався за типом гіпоопіки, батьки у стані емоційного розладу. Хлопчик на протязі останніх 1-1,5 років став дратівливим, запальним, схильним до емоційно-афективних спалахів, агресивним, озлобленим. Знижений фон настрою, апатичний, хворіє на протязі останніх трьох років.

Із анамнезу захворювання: На протязі усього учбового року поволі зростав головний біль, загальна слабкість. Обстежений педіатром і невропатологом. Був поставлений діагноз: вегетосудинна дистонія. Пройшов загальностимулюючу терапію. Через рік стан значно погіршився у зв'язку з чим був госпіталізований у клініку.

Із анамнезу життя: народився від третьої нормальної вагітності, пологи другі без ускладнень. Вага при народженні 3 кг 200 г. До грудей був прикладений на другу добу. До одного року психомоторний розвиток своєчасний. В перших класах навчався добре, серйозно відносився до занять. З 13 років дратівливість, швидка стомлюваність, при поїздках в транспорті - головокружіння, нудота. З 14 років почала погіршуватися пам'ять, знизилася успішність в школі, погіршився сон, з'явилися сновидіння.

Об'єктивно: зріст -162 см, вага - 52 кг. Соматичний стан без патології.

Неврологічний статус: обмеження руху очних яблук дозовні, штовхоподібний горизонтальний ністагмод, болісність очних яблук при погляді догори. Сухожильні рефлексі підвищені, з розширеною зоною, шкірно-черевні торпідні. Виражені вазо-вегетативні порушення: загальний гіпергідроз, дистальний акраціаноз, лабільність пульсу та АТ 90/60 - 110/80 мм рт.ст.

Психічний статус: хворий охоче вступає в контакт з медперсоналом, критично відноситься до себе і до оточення. Продуктивної психосоматики не виявлено. Інтелект відносно віку, пам'ять декілька знижена, є утруднення при відтворенні дат, імен, статей із учбового матеріалу. Увага розсіяна, з фіксацією на головний біль, постійну в'ялість, слабкість. Відмічається підвищена фізична та психічна стомлюваність. Виснаженість просліджується особливо чітко при експериментально-психологічному обстеженні. На фоні стомлюваності зростає нестриманість, роздратованість.

За даними лабораторних досліджень: клінічний аналіз сечі, крові - без патологічних змін. ЕКГ, ФКГ - в межах вікових особливостей, АТ лабільний. Заключення педіатра: внутрішні органи без патології.

ЕЕГ - гіперсинхронний α -ритм з тенденцією до пароксизмального, посилюється після НВ-навантаження, декілька згладжені зональні відмін-

ності, коркова реакція на світло зберігається, РЕГ - ознаки церебральної агніодистонії.

Рівень екскреції мелатоніна при надходженні у клініку - 48,8 нмоль/добу, після лікування - 61,7 нмоль/добу.

Клінічний діагноз: неврастенія, астено-депресивний синдром афективно-вольової нестійкості.

Призначено лікування: розчин сульфату магнезії 25% - 5,0 мл внутрішньом'язово №10 через день, розчин парацетамолу 20% - 5,0 мл внутрішньом'язово №10 щодоби, розчин віт.В₆ 5% - 1,0 мл внутрішньом'язово через день, феназепам 0,0005 од. по 1 табл. двічі на день на протязі трьох тижнів.

Після проведеного курсу терапії стан хворого не змінився.

Таким чином, ефективність даного способу 87% у хворих хлопчиків-підлітків з високим почат-

ковим рівнем екскреції мелатоніна відносно сезону року.

ЛІТЕРАТУРА

1. Вейн А.М. Заболевания вегетативной нервной системы.- М., 1991.- 615 с.

2. Александровский Ю.А. Принципы выбора стратегии и тактики применения психотропных препаратов для лечения больных с пограничными нервно-психическими расстройствами // Состояния психической дезадаптации и их компенсация.- М.,1976.

3. Арутюнян Э.Ю., Арутюнян Л.Г. Модуляторные свойства эпифизарного мелотонина // Проблемы эндокринологии.- 1991.-Т.37.-№3.-С.65-68.

4. Плехова Е.И., Турчина С.И. Функциональная активность эпифиза подростков, годовые ритмы // Вісник проблем біології і медицини. - 1998.- Вып.20.-С.95-97.

Сезонні показники рівня екскреції мелатоніну у хлопчиків-підлітків з невротичними розладами (нмоль/добу)

Сезон	Групи обстежених підлітків	
	Здорові	Хворі з неврозами
Осінь	62,7 + 4,32	102,2+10,5*
Зима	91,9+13,88	118,7+8,9*
Р	<0,05	>0,05
Весна	78,1+6,6	128,2+11,4**
Р	<0,05	>0,05
Літо	82,1+7,5	95,5 + 7,7 *
Р	>0,05	<0,05

* - P < 0,01 по відношенню до контролю

** - P < 0,001 по відношенню до контролю

Тираж 50 екз.

Відкрите акціонерне товариство «Патент»

Україна, 88000, м. Ужгород, вул. Гагаріна, 101

(03122) 3 – 72 – 89 (03122) 2 – 57 – 03

