

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА ЭНДОГЕННОЙ БИОРЕЗОНАНСНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ЖИЛЬ ДЕ ЛЯ ТУРЕТТА У ПОДРОСТКА

Е.Г. Аванесова

Центр интеллектуальных медицинских систем «ИМЕДИС» (г. Москва)

Clinical experience of treating teenage patient with Gilles de la Tourette syndrome using endogenous bioresonance therapy (Clinical case report)

E.G. Avanesova

Center "IMEDIS" (Moscow, Russia)

РЕЗЮМЕ

На примере случая из клинической практики рассматриваются возможности применения эндогенной биорезонансной терапии при лечении синдрома Жиль де ля Туретта у пациента подросткового возраста. Отмечается, что применение эндогенной биорезонансной терапии как самостоятельного метода воздействия позволило достичь положительного и длительного терапевтического эффекта и существенного улучшения общего состояния пациента. Данный клинический опыт свидетельствует о возможности применения биорезонансной терапии при лечении синдрома Жиль де ля Туретта.

Ключевые слова: синдром Жиль де ля Туретта, электропунктурная диагностика, вегетативный резонансный тест, биорезонансная терапия.

RESUME

The possibilities of endogenous bioresonance therapy in treatment of Gilles de la Tourette syndrome case are considered. Application of endogenous bioresonance therapy is a monotherapy allowed to achieve positive, long lasting therapeutic result and significant improvement of general condition of the patient. The clinical case indicates that bioresonance therapy can be used for treatment of Gilles de la Tourette syndrome.

Keywords: Gilles de la Tourette syndrome, electropunctural diagnostics, vegetative resonance test, bioresonance therapy.

Генерализованные тики являются одной из часто встречающихся в современной неврологии, но, к сожалению, малоизученной проблемой, объединяющей множество различных по этиологии заболеваний [1, 7]. Синдром Жиль де ля Туретта (синонимами являются: «болезнь Туретта», «генерализованный тик», «болезнь конвульсивных тиков») – это генетически обусловленное заболевание, которое проявляется множественными локальными тиками [1].

Наследуется по аутосомно-доминантному типу с неполной пенетрантностью [5].

Болезнь впервые описана в 1884 году французским врачом G. Gilles de la Tourette (1857–1904) [5].

Заболевание начинается обычно в школьном, реже – в юношеском возрасте, дебютирует с появления непроизвольных подергиваний

мышц лица, затем присоединяются насильственные непроизвольные сокращения мышц гортани. Больные внезапно издают необычные звуки, слова, непроизвольно кашляют. Позднее, когда в патологический процесс вовлекаются мышцы туловища и конечностей, наблюдается импульсивный подъем плеч, приседания, прыжки [1]. Гиперкинезы с возрастом становятся многовариантными: непроизвольные гримасы, сплевывания, приседания, при этом волевому торможению тики практически не поддаются [1, 7]. В классическом варианте для синдрома Жиль де ля Туретта характерны: эхолалия (повторение услышанных слов), эхопраксия (повторение различных действий, в том числе вульгарных – копропраксия), копролалия (непроизвольное употребление бранных слов) [1, 5, 6]. Однако в клинической

практике, в каждом конкретном случае, какие-либо из этих симптомов могут отсутствовать, при этом множественные локальные тики в сочетании хотя бы с одним вокальным уже позволяют предположить наличие у пациента синдрома Жиль де ля Туретта [1].

Как отмечается в литературе, при нейропсихологическом обследовании у детей с генерализованными тиками (независимо от причин их возникновения, которые могут быть весьма разнообразны), выявляются сопутствующие тикам нарушения внимания, моторной активности, восприятия и речи [7]. У больных с синдромом Жиль де ля Туретта также могут быть нарушения психики в виде слабости, негативного отношения к своему состоянию [1], отмечаются различные нарушения эмоционально-волевой сферы [5].

Специфического лечения патологии на сегодняшний день не существует, часто в терапии используется галоперидол, иногда в сочетании с циклодолом [1], однако заболевание характеризуется резистентностью ко многим видам терапии [1, 6].

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

На приеме мама с сыном 15 лет. Ребенок от первой беременности, протекавшей с токсикозом 1-й половины и угрозой прерывания на всем сроке. Роды преждевременные, на 32-й неделе, закричал сразу, оценка по шкале Апгар 7/8. Раннее развитие без особенностей.

В возрасте 9 лет появились насильственные движения мышц лица, вскоре присоединились непроизвольные движения плеч, покашливание, непроизвольные приседания. Ребенок обследован полностью, диагноз синдрома Жиль де ля Туретта установлен и подтвержден в детской психиатрической больнице №6 г. Москвы, детской консультативной неврологической поликлинике (ДКНП) г. Москвы. Мальчик неоднократно консультирован генетиком, наблюдается неврологом и психиатром. Получал курсы галоперидола, фенибута, соннапакса, курсы сосудистой, дегидратационной, ноотропной и седативной терапии. Лечебные мероприятия без эффекта, к моменту обращения терапию не получает. Жалобы при обращении на многовариантные гиперкинезы: насильственные непроизвольные сокращения мимической мускулатуры, приседания, прыжки, насильственный кашель, со слов мамы все чаще появляются эпизоды эхолалии и копролалии. Ребенок в контакт вступает неохотно, стесняется своего состояния, со сверстниками не общается, со слов мамы в основном находит-

ся в своей комнате, предпочитает одиночество, угнетен, необщителен. Аппетит снижен, часто болеет респираторными инфекциями, сон с частыми пробуждениями, которые также сопровождаются гиперкинезами.

При осмотре в неврологическом статусе обращает на себя внимание наличие множественных непроизвольных сокращений мимической мускулатуры, подергивания плеч, насильственный кашель, непроизвольные приседания и прыжки. Сухожильные рефлексy оживлены, рефлексогенные зоны расширены. Координационные пробы провести не удается из-за наличия многовариантных, практически не прекращающихся, тиков.

В связи с резистентностью ребенка к проводимой медикаментозной терапии и постепенным ухудшением состояния пациента (как с точки зрения появления новых гиперкинезов, так и с точки зрения ухудшения эмоционально-волевых нарушений), учитывая настоятельную просьбу мамы о возможности применения каких-либо новых лечебных воздействий, не использовавшихся ранее, было принято решение о проведении курса эндогенной биорезонансной терапии (БРТ) [3, 4].

Работа проведена на базе консультативно-диагностического центра детской поликлиники №81 г. Москвы.

Перед проведением лечения пациент проконсультирован неврологом, психиатром, проведен полный курс дополнительных обследований:

1. Анализ крови общий.
2. Анализ крови биохимический.
3. Допплерография.
4. Электрокардиография (ЭКГ).
5. Электромиография (ЭМГ).
6. Консультация окулиста и осмотр глазного дна.

Следует отметить, что указанные исследования не выявляли существенных отклонений от возрастной нормы.

Пациенту также были проведены:

7. Электроэнцефалография (ЭЭГ).
8. Электропунктурная диагностика методом вегетативного резонансного теста (ВРТ) [2].

Необходимо подчеркнуть, что на ЭЭГ у пациента была выявлена выраженная дисфункция структур лимбико-ретикулярного комплекса в виде билатерально-синхронных всплесков волн тета- и дельта-диапазона по всем отведениям, переходящих в генерализованную активность тета-дельта-волн при проведении функциональных проб.

Результаты исследования методом ВРТ

указывали на наличие у пациента психической нагрузки 4-й степени, также определялось напряжение вегетативной нервной системы (ВНС) 4-й степени, истощение ВНС 2-й степени и выраженная степень напряженности иммунной системы. В ходе исследования методом ВРТ отклонений от нормы при тестировании других указателей выявлено не было: у ребенка определялось 2 биологических индекса (5-й и 8-й), высокие резервы адаптации, 2 фотонных индекса (3-й и 7-й), в состоянии органов патологии не определялось.

Перед началом курса БРТ пациент повторно проконсультирован специалистом-генетиком, подтвержден диагноз синдрома Жиль де ля Туретта.

По данным лабораторно-инструментальных исследований и по заключениям специалистов противопоказаний для проведения эндогенной биорезонансной терапии не выявлено.

Для проведения электропунктурной диагностики и биорезонансной терапии использовался аппарат «ИМЕДИС-ЭКСПЕРТ» производства ООО «ЦИМС «ИМЕДИС» (рег. удостоверение № ФСР 2010/08232).

Курс эндогенной БРТ включал в себя 12 сеансов, проводимых с интервалом 7–14 дней.

Направленность БРТ определялась на основании клинических данных, а также по результатам предварительного тестирования перед каждым сеансом методом ВРТ.

Для проведения биорезонансной терапии применялись следующие режимы работы аппарата «ИМЕДИС-ЭКСПЕРТ»:

1. Органотропная эндогенная БРТ по всем меридианам.

2. Эндогенная БРТ по активности суточного ритма в режиме «золотого сечения».

3. Использование в режиме эндогенной БРТ индукционных программ ритмов мозга, которые также определялись по результатам тестирования методом ВРТ. Наиболее часто тестировались: «Церебральная программа», «Программа мышечной релаксации», «Программа депрессии», «Программа Волны Шумана», «Детская программа».

4. Эндогенная БРТ в режиме частотной модуляции (диапазон частот подбирался индивидуально перед каждым сеансом БРТ).

В ходе лечения отмечалась следующая динамика.

После первых двух сеансов эндогенной БРТ (интервал между сеансами 1 неделя) существенной положительной динамики со стороны гиперкинезов не отмечалось, при этом побочных эффектов также не наблюдалось. Одна-

ко мама ребенка характеризовала состояние мальчика как более спокойное, уравновешенное, проявления депрессивного настроения значительно уменьшились. После третьего сеанса (применялась индукционная программа ритмов мозга «Мышечная релаксация» в режиме эндогенной БРТ) отмечено значительное урежение вокальных тиков (подкашливание), торсионных гиперкинезов (насильственные движения плеч, приседания). Динамики при тестировании методом ВРТ при этом не отмечалось.

Между третьим и седьмым сеансами эндогенной БРТ состояние пациента оставалось стабильным, гиперкинезы продолжались, при этом несколько уменьшился полиморфизм их проявлений: сохранялись насильственные движения мимической мускулатуры, подпрыгивания. При этом отмечалось существенное улучшение общего состояния пациента: ребенок стал гораздо спокойнее, улучшился аппетит, стал общаться с близкими родственниками. Сон при этом оставался поверхностным с частыми пробуждениями.

При проведении тестирования методом ВРТ после 7-го сеанса эндогенной БРТ отмечено уменьшение степени психической нагрузки (тестировалась 2-я степень), не тестировались указатели истощения вегетативной нервной системы, однако сохранялось напряжение ВНС 4-й степени. Также отмечалось улучшение состояния иммунной системы – вместо выраженной степени тестировалась низкая степень напряженности иммунной системы.

После 8-го сеанса эндогенной БРТ стала наблюдаться быстрая и стойкая положительная динамика: количество тиков и полиморфизм их проявлений существенно уменьшились, ребенок начал заниматься с преподавателем на дому, стал общаться со сверстниками по телефону, но на улицу выходить пока стеснялся. При электропунктурном исследовании методом ВРТ отмечено полное исчезновение психической нагрузки, исчезли указания на напряженность иммунной системы. Сохранялось напряжение ВНС, но уже не 4-й, а 2-й степени.

При этом динамики на ЭЭГ не наблюдалось – сохранялись выраженные проявления дисфункции подкорковых структур.

По окончании полного курса эндогенной БРТ (12 сеансов в среднем через каждые 7–14 дней), что составило в целом 5 месяцев лечения, отмечено существенное улучшение состояния пациента: наблюдалось значительное уменьшение количества гиперкинезов, практически исчезли вокальные тики, прыжки, приседания

и непроизвольные гримасы. Однако оставались насильственные движения мимической мускулатуры и мышц плечевого пояса, при этом отмечалось урежение этих тиков. У пациента улучшилось настроение, стал более общителен с близкими родственниками, однако полной социализации достигнуто не было – мальчик стеснялся выходить из дома, хотя при этом с некоторыми знакомыми стал общаться у себя дома. Улучшился аппетит, сон оставался поверхностным, но частые пробуждения не сопровождалось приступами многовариантных гиперкинезов, как это было до лечения.

Улучшение общего состояния пациента сопровождалось значительной положительной динамикой показателей ВРТ: психическая нагрузка не тестировалась, определялось напряжение ВНС 1-й степени, истощение ВНС тестировалось. Показатели состояния иммунной и эндокринной систем определялись в рамках возрастной нормы.

При этом ЭЭГ-картина сохранялась прежней: отмечались выраженные проявления дисфункции подкорковых структур.

Проведение эндогенной БРТ пациенту с синдромом Жиль де ля Туретта не вызвало побочных действий. Ухудшения самочувствия, обострения и ухудшения показателей ВРТ не выявлены ни в одном случае проведения сеансов БРТ. При этом обращало на себя внимание особое улучшение симптомов и появление положительной динамики при проведении программ ритмов мозга в режиме эндогенной БРТ (наиболее эффективными были «Программа мышечной релаксации» и «Церебральная программа») и проведение эндогенной БРТ в режиме частотной модуляции (наиболее эффективны были частоты противосудорожного эффекта – 6,0 и 6,8 Гц).

Срок катамнеза составил 1 год. Состояние пациента оставалось стабильным: сохранялись непроизвольные гиперкинезы мышц лица, плечевого пояса, шеи. При этом вокальных тиков и эпизодов копролалии за прошедшее время не отмечалось. Также не беспокоили непроизвольные приседания и прыжки. Мальчик стал гораздо общительнее, посещает колледж, пытается рисовать (что ранее было невозможно из-за постоянных тиков туловища и конечностей), начал заниматься в спортивной секции. Сон и аппетит в норме.

Результаты ВРТ через 1 год были без изменений, сохранялось напряжение вегетативной нервной системы 1-й степени, остальные показатели были в рамках возрастной нормы.

При этом на ЭЭГ отмечена небольшая по-

ложительная динамика в виде уменьшения проявлений дисфункции структур лимбико-ретикулярного комплекса и появления большей дифференцировки зональных различий.

Пациент осмотрен в катамнезе неврологом, психиатром, генетиком – отмечено явное улучшение состояния по основному заболеванию и улучшение общего самочувствия пациента.

ВЫВОДЫ:

1. Учитывая результаты клинического наблюдения, можно предположить, что эндогенная биорезонансная терапия является одним из эффективных методов коррекции состояния пациентов с синдромом Жиль де ля Туретта. К сожалению, достичь полной клинической ремиссии не удалось, однако, учитывая, что синдром Жиль де ля Туретта является редкой формой тяжелой патологии, резистентной ко многим видам лечения (в том числе и в приведенном примере), наличие стойкой положительной динамики у пациента позволяет расценивать эндогенную БРТ как адекватный вид терапии указанной патологии.

2. Выбор эндогенной БРТ как одного из методов при лечении больных с синдромом Жиль де ля Туретта может быть целесообразным.

3. Аппарат «ИМЕДИС-ЭКСПЕРТ» может быть рекомендован для проведения диагностических и терапевтических мероприятий в комплексе обследования и лечения пациентов с редкими сложными видами патологии, в частности при синдроме Жиль де ля Туретта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бадалян Л.О. Детская неврология. – М., МЕДпресс-информ, 2010. – С. 393.
2. Готовский М.Ю., Косарева Л.Б., Федоренко С.И., Перов Ю.Ф. Электропунктурный вегетативный резонансный тест. – М.: ИМЕДИС, 2013. – 236 с.
3. Готовский М.Ю., Перов Ю.Ф. Биорезонансная терапия и ее место в современной традиционной медицине. Традиционная медицина, 2006, №1(6). – С.8–9.
4. Готовский М.Ю., Перов Ю.Ф., Чернецова Л.В. Биорезонансная терапия: 3-е изд., стереотипное. – М.: ИМЕДИС, 2013. – С.5,43.
5. Гусев Е.И., Бурд Г.С., Никифоров А.С. Неврологические симптомы, синдромы, симптомокомплексы и болезни. – М.: Медицина, 1999. – С. 425.
6. Майкл Э. Кохен, Патриция К. Даффнер. Детская неврология / Перевод с англ. Под ред. А.С. Петрухина. – М.: издательская группа ГЭОТАР-медия, 2010. – С. 294.
7. Петрухин А.С. Неврология детского возраста. – М.: Медицина, 2004. – С. 676.

Адрес автора

К.м.н. Аванесова Е.Г., врач-консультант ООО «ЦИМС «ИМЕДИС»
info@imedis.ru