

Опубликовано в: СКЭНАР-терапия, СКЭНАР-экспертиза: Сборник статей. Вып.6, Таганрог: Изд-во “Лукоморье”, 2001, с.103-105

Автор(ы): Купцова Е.Н.
г. Батайск

Название статьи: **Случай лечения эпилептического синдрома**

Ключевые слова: Скэнар, эпилептический синдром

Аннотация: Автор данной статьи рассматривает гипотезу о том, что регуляторные пептиды, вместе с другими гуморальными регуляторами, обеспечивают реализацию любых совместимых биологических активностей. Исходя из этого, применение СКЭНАР-терапии представляет огромный интерес, особенно при лечении различных патологий нервной системы. Настоящая работа представляет опыт лечения церебрального арахноидита с эписиндромом у ребенка 11 лет. Мать отказалась от назначенной противосудорожной терапии (фенобарбитал постоянно, длительно диакарб, аспаркам), но согласилась на лечение СКЭНАР-терапией в сочетании с ОЛМ и АСД (фракция 2), пантогамом, поливитаминами с минералами. После I курса состояние ребенка улучшилось, но через месяц приступ повторился, хотя был одиночным и протекал намного легче. Затем был проведен II курс и снято три ЭЭГ с интервалом в несколько месяцев, на которых прослеживалась отчетливая положительная динамика. Зарегистрированы негрубые общемозговые изменения ирритивного характера. Эпиактивность, очаговость, межполушарная асимметрия не прослеживаются.

СЛУЧАЙ ЛЕЧЕНИЯ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Эпилептический синдром относится к числу состояний, весьма часто встречающихся в практике неотложной неврологии и может возникать вследствие самых различных причин.

Несмотря на многолетнее всестороннее изучение проблемы, нет единой точки зрения относительно патогенеза эпилептического статуса. Согласно наиболее распространенной гипотезе, в различных участках мозга, вследствие ослабления тормозных влияний промежуточного мозга, некоторые группы нейронов начинают генерировать патологические импульсы (с высокой частотой и низкой амплитудой), способствующие изменениям мембранной проницаемости (мембранного потенциала) клеток. Совокупность подвергшихся таким изменениям клеток образует «эпилептический очаг», который, в свою очередь, десинхронизирует деятельность клеточных структур в прилегающих зонах и формирует состояние «эпилептической готовности мозга». Динамическое равновесие десинхронизирующих и синхронизирующих импульсов может быть нарушено самыми различными причинами, такими, как гипертермия, гипоксия, гипогликемия, эндогенные интоксикации, механические повреждения мозга, определенные ритмичные сенсорные раздражения (мерцание света, монотонная музыка, телевизионное изображение), эмоциональные факторы, выраженные нарушения фазности сна. Возникновение в этих условиях судорожных припадков объясняют тем, что в десинхронизированных нейронах постоянно повышена проницаемость клеточных мембран и изменения самых различных биохимических параметров являются пусковым механизмом эпилептического припадка. Конкретная роль мембранных, гуморальных и нейрогенных факторов в этом сложном многокомпонентном патофизиологическом механизме еще не выяснена [1].

СКЭНАР-терапия, как и другие методы традиционной медицины, базируется на принципах саморегуляции физиологических процессов, мобилизации его защитных адаптивных механизмов [2]. Большая роль в регуляции гомеостаза при различных его нарушениях отводится регуляторным пептидам. Каждый пептид обладает уникальным комплексом активностей. В то же время, многие проявления биоактивностей каждого из пептидов совпадают или близки к таковым ряда других пептидов. В результате созданы

предпосылки для относительно плавного, непрерывного перехода от одного комплекса совместимых функций к другому, соответственно, регуляторные пептиды, вместе с другими гуморальными регуляторами, обеспечивают реализацию любых совместимых биологических активностей [3]. Исходя из этой гипотезы, применение СКЭНАР-терапии представляет огромный интерес, особенно при лечении различных патологий нервной системы. Настоящая работа представляет опыт лечения церебрального арахноидита с эписиндромом.

Из анамнеза: у ребенка 11 лет, на фоне полного здоровья, впервые в жизни, после перенесенной психоэмоциональной травмы отмечался приступ генерализованных клоникотонических судорог с адверсией головы влево, цианозом носогубного треугольника. В неврологическом статусе - нистагм установочный влево, негрубые 2-х сторонние пирамидные симптомы (пирамидная недостаточность).

В первые минуты заболевания ребенку была оказана неотложная помощь с помощью СКЭНАРа. Воздействие осуществлялось в субкомфортном режиме на точки реанимации, грудину, сердце, доступные места на голове, шею. Затем ребенок был госпитализирован в стационар для выяснения диагноза и тактики лечения.

ЭЭГ от ноября 1999 г.: в фоновой записи доминируют общемозговые изменения стволового генеза на фоне ирритации и снижения биоэлектрической активности мозга. После нагрузки гипервентиляцией регистрируются вспышки диффузной стволовой пароксизмальной активности и единичные эпилептиформные знаки без четкой локализации. Убедительной межполушарной асимметрии не прослеживается.

КТ головного мозга - очагов патологической плотности в веществе головного мозга не найдено. Смещения срединных структур нет. Резко расширены базальные цистерны (БЗЦ 15 x 30 мм).

Ребенку назначена противосудорожная терапия - фенобарбитал постоянно, длительно диакарб, аспаркам. Мать от указанного лечения отказалась, была продолжена СКЭНАР-терапия в сочетании с ОЛМ. Дополнительно ребенок получал АСД (фракция 2), пантогам, поливитамины с минералами.

Воздействие осуществлялось в острый период 2 раза в сутки. Обработывался лысый череп (краниотерапия), 3 дорожки, 6 точек, меридиан тройного обогревателя (последний рецепт получен по данным диагностического комплекса РИСТА-ЭПД), дистальные отделы конечностей, область живота. Обработка велась с соблюдением технологии СКЭНАР-терапии.

Первый курс составил 20 процедур. Состояние ребенка улучшилось, но через месяц приступ повторился. По сравнению с первым, он был одиночным, протекал намного легче, самостоятельно быстро купировался и, что самое главное, ребенок мог вспомнить, что с ним произошло. С этого момента был начат второй курс. Приступов больше не было. Дальнейшие курсы лечения проводились по жалобе (ОРВИ, головные боли, усталость).

ЭЭГ от апреля 2000 г. В фоновой записи регистрируются умеренные общемозговые изменения ирритативно-дизритмического характера на фоне снижения уровня биоэлектрической активности. Нагрузка гипервентиляцией выявляет стволовые пароксизмальные и немногочисленные, нерегулярные эпилептоидные знаки. Убедительная очаговость, межполушарная асимметрия не прослеживаются.

ЭЭГ от августа 2000 г. Частотно-амплитудные характеристики и пространственное распределение ритмов практически соответствуют варианту возрастной нормы. Отмечается лишь незначительное увеличение индекса ирритативной активности. Нагрузка гипервентиляцией выявляет единичные пароксизмальные знаки. По сравнению с ЭЭГ от апреля 2000 г. прослеживается отчетливая положительная динамика в виде уменьшения пароксизмальности в записи. Эпиактивность, убедительная очаговость, межполушарная асимметрия не зарегистрированы.

ЭЭГ от декабря 2000 г. По сравнению с предыдущей ЭЭГ положительная динамика в виде отсутствия пароксизмальности в записи.

В настоящее время на ЭЭГ регистрируются негрубые общемозговые изменения ирритативного характера. Эпиактивность, очаговость, межполушарная асимметрия не прослеживаются. Самочувствие ребенка хорошее. Катамнез больше года.

Литература

1. Б.С.Виленский. Неотложные состояния в невропатологии. «Медицина», 1986.
2. Зиллов В.Г., Кудаева Л.Н. Методы традиционной медицины с позиции теории функциональных систем. Таганрог, 1977. Вып.3, с.7-11.
3. Гринберг Я.З. Пептидный континуум: общность традиционного и ортодоксального лечения. СКЭНАР-терапия, СКЭНАР-экспертиза. Сб. стат. -Таганрог,2000. Вып.6, с.7-13.