

ЛЕЧЕНИЕ

Послан Инна - 02.11.2011 20:51

Рисполепт, Рисперидон, Риспердал... Медикаментозное лечение детей с аутизмом.

Применение медикаментов является одним из самых распространенных методов в лечении аутизма, и некоторые специалисты считают его единственным методом, который может привести к излечению аутизма. Но,

как и у любых методов лечения и реабилитации, у медикаментозного лечения могут быть противопоказания и побочные эффекты, ущерб от которых может значительно превысить пользу от его применения.

Если бы применение медикаментов действительно приводило бы к излечению от аутизма, то у специалистов коррекционных методов реабилитации (в том числе, и у поведенческих аналитиков) уже несколько десятков лет не было бы работы. Но, к сожалению, это не так...

Медикаменты на многих аутичных детей действуют по разному, и тем более не эффективны, если используются как единственный метод лечения. Исследования показывают, что применение медикаментов практически не влияет на улучшение в таких областях как когнитивное мышление и коммуникативные навыки. Другие исследования показывают эффективность медикаментозного лечения для уменьшения такого проблематичного поведения, как ауто-агрессия или агрессивность к окружающим, или истерики, но существует риск увеличения лишнего веса и ожирения.

Сайт фармакологической компании "Janssen Pharmaceuticals, Inc." предоставляет информацию о применении Риспердала для лечения симптомов аутизма, и утверждает, что Риспердал предназначен для уменьшения раздражительности, сопровождающую синдром аутизм, и являющуюся предпосылкой к проявлению агрессивного или истеричного поведения. На сайте обозначено, что Риспердал не используется для лечения основных симптомов аутизма. И применение этого препарата предназначено для детей и подростков с диагнозом аутизм в возрасте 5-16 лет.

На основе этих рекомендаций в большинстве стран не предписываются психотропные медикаменты детям до 5-ти лет.

Отсюда можно сделать несколько выводов:

* Медикаментозное лечение не является панацеей, и единственно-эффективным методом лечения аутизма.

* Рекомендуется применять медикаментозное лечение как компонент терапевтической программы, базирующейся на коррекционных методах реабилитации.

* Рекомендуется применять медикаментозное лечение только в случае проявления особо-опасного поведения, подвергающего риску самого ребенка или окружающих. Следует учитывать возраст ребенка и возможность дополнительного или альтернативного поведенческого вмешательства.

* Рекомендации о применении медикаментов должны исходить от компетентного специалиста в психиатрии или неврологии, знакомого со всеми видами современного терапевтического вмешательства в области лечения аутизма.

скопировано

=====

Re: ЛЕЧЕНИЕ

Послан ir-ina - 15.12.2013 11:14

Список бесполезных и неэффективных лекарств.

Источник: citofarm.ucoz.ru/news/spisok_bespoleznyk...ekarstv/2012-03-11-2

Список льготных лекарств на 2014 год

Источник: citofarm.ucoz.ru/

© www.citofarm.ucoz.ru

=====

Re: ЛЕЧЕНИЕ

Послан ir-ina - 28.09.2014 11:33

Остеопатия: философия и методология эффективного лечения детей с аутизмом Часть 2.
Остеопатическое лечение детей с симптомами аутизма

spbosteo.ru/moi-stati/osteopatiya-filoso...-simptomami-autizma/

=====

Re: ЛЕЧЕНИЕ

Послан ir-ina - 01.11.2014 16:38

от Л.Н.Ененковой

Нейросонография (УЗИ мозга) - это ультразвуковое исследование, которое позволяет врачу увидеть тоже, что МРТ. Но, в отличие от МРТ, оно абсолютно безвредно, не требует наркоза и гораздо дешевле.

Какую проблему это решает?

Нейросонография проводится для контроля развития структур и желудочковой системы мозга.

Как проводится?

Исследование проводится с помощью ультразвукового датчика.

У детей до года он прикладывается к родничку,

у детей старше — к виску.

Исследование занимает 10-15 минут.

Оно абсолютно безвредно и безболезненно.

=====

Re: ЛЕЧЕНИЕ

Послан Дивногорочка - 01.11.2014 17:53

А где в Красноярске можно сделать нейросонографию для ребенка старше 1 года? Знаю, что ее делают, пока родничок не зарос.

=====

Re: ЛЕЧЕНИЕ

Послан Инна - 01.11.2014 21:58

у детей старше года — к виску.

Нейросонография. Она же НСГ. Она же УЗИ головного мозга.

С помощью НСГ можно выявить:

- 1.Кровоизлияния
2. Пороки развития мозга
3. Опухоли и кисты
4. Косвенные признаки воспалительного процесса
- 5.Гидроцефалию

Пробежимся по этому списку.

Кровоизлияния. В этом случае, в заключении ультразвуковиста будут примерно следующие слова: "перивентрикулярное (или внутрижелудочковое) кровоизлияние ... степени". Степени варьируются от 1 до 4, первая - самая легкая, 4 - самая тяжелая. Если кровоизлияние выявлено в роддоме, то с 1-2 степенью ребенка, с высокой долей вероятности, выпишут домой, с 3-4 - скорее всего будут лечить в роддоме и/или больнице.

Пороки развития. Это и есть пороки развития. Что-то где-то пошло не так - инфекции во время беременности, витаминно-минеральная недостаточность, генетические нарушения..

Опухоли и кисты. Опухоль требует немедленной консультации невропатолога и, возможно, онколога. Киста не требует практически ничего!

Кисты (их может быть несколько и звучит это страшно "субэпидемально расположенные кистозные включения") - это скопление жидкости на месте погибшего участка мозга.

Если совсем упрощать - это маленький пузырек с жидкостью в ткани головного мозга.

Возникает в результате гипоксии (недостаток кислорода), кровоизлияния (которое также может быть результатом гипоксии), перенесенной инфекции.

Некоторое количество мелких кист есть у всех.

Ничем лечить кисту не надо! Да это и невозможно. Необходимо лишь наблюдать за ее ростом. Т.е. если Вы сделали НСГ в 1 месяц жизни младенца и нашли там кисту - то Вы обязательно приходите на повторную НСГ через 2, 3 или 4 месяца (уточнит сам ультразвуковист). На контрольном УЗИ оценивается размер кисты и если он не изменился - живите спокойно. И ничего ребенку не давайте!

Если на контрольном УЗИ киста сильно выросла, требует консультация невропатолога, окулиста (для оценки внутричерепного давления) и, возможно, по результатам - консультация нейрохирурга.

Гидроцефалия.

Значит так. Если у ребенка нашли гидроцефалию, об этом так и напишут в заключении: "Гидроцефалия". Если же у малыша нашли только увеличение желудочков и/или межполушарной щели - то это в лечении не нуждается!

Это нуждается в контроле. Сделаете контрольное УЗИ головного мозга через месяц. Или два. Или три. И оцените динамику. Если динамика неблагоприятна, размеры желудочков нарастают слишком быстро - обязательная консультация невропатолога, окулиста, при необходимости - нейрохирурга. Если динамика нормальная (а так, чаще всего и бывает) - ничего делать не надо.

Нейросонография в Красноярске

krasnoyarsk.blizko.ru/predl/promgood/med...ika/neyrosonografiya

Гугл знает все!

=====

Re: ЛЕЧЕНИЕ

Послан ir-ina - 05.11.2014 18:58

Педиатрическое аутоиммунное нейропсихиатрическое расстройство, ассоциированное со стрептококковой инфекцией (PANDAS-синдром)

neurology.mif-ua.com/archive/issue-2600/article-2605/

doctorspb.ru/

ВВЕДЕНИЕ

Стрептококковая инфекция, вызванная β -гемолитическими стрептококками группы А, - самая распространенная на сегодняшний день бактериальная инфекция человека. Врачи практически всех специальностей имеют дело с этой обширной группой инфекционных болезней.

В зависимости от особенностей роста на средах, содержащих цельную кровь животного, принято выделять α , β и γ -стрептококки: (α) – зеленящие, их колонии окружены зеленоватой зоной гемолиза, (β) - гемолитические, образующие зону гемолиза вокруг колонии, (γ) - негемолитические. Ребеккой Лансфилд (Lancefield, 1933) все гемолитические стрептококки с помощью иммунного типирования были разделены на антигенные группы, обозначаемые большими латинскими буквами от А до S, среди которых наибольшей патогенностью для человека обладают гемолитические стрептококки группы А, В, С и G. β -гемолитические стрептококки группы А вызывают повышенный интерес исследователей и клиницистов не только как возбудители стрептококкового фарингита и других пиогенных воспалительных процессов, но и как причина постстрептококковых осложнений

β -гемолитический стрептококк группы А (*Streptococcus pyogenes*) - грамположительный, неспорообразующий, неподвижный микроорганизм. Растет на кровяном агаре, обладает выраженной гемолитической активностью, каталазанегативный, чувствителен к бацитрацину. Встречается повсеместно, часто колонизирует кожные покровы и слизистые оболочки человека. Главными путями передачи являются воздушно-капельный, контактный и пищевой. Патогенез заболеваний связан с продукцией токсинов: гемолизин, стрептолизин, стрептокиназы А и В, дезоксирибонуклеаза, гиалуронидаза. Основные нозоформы представлены поверхностными (ангины, фарингит, импетиго, рожа), инвазивными (некротизирующий фасциит, миозит, менингит, эндокардит, пневмония, послеродовой сепсис) и токсин-опосредованными инфекциями (скарлатина, синдром токсического шока). Со стрептококковой инфекцией связано также возникновение неврологических расстройств у детей, проявляющихся обсессивно-компульсивными расстройствами (PANDAS-синдром).

СИНДРОМ «PANDAS»

В последние годы выдвинуто предположение о связи различных хореиформных гиперкинезов, тиков, миоклоний и неврозоподобных навязчивых состояний у детей с β -гемолитическим стрептококком группы А (БГСГА). Подобные случаи, по предложению S.E. Swedo, L. Klesling (1994), принято обозначать как PANDAS syndrome (или синдром PANDAS, далее PANDAS) - «Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcal infection» («педиатрическое аутоиммунное нейropsychиатрическое расстройство, ассоциированное со стрептококковой инфекцией»).

С.К. Евтушенко и соавт. (Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького) рассматривают этот синдром как проявление персистирующей стрептококковой инфекции, иммунопатологически связанной с мозговыми структурами и вызывающей аутоиммунную церебральную васкулопатию (энцефалопатию) с преимущественным поражением корково-подкорковых структур и стриатума, что и подтверждает противомозговой антителосинтез (возможна имеющаяся иммуногенетическая предрасположенность). Функционально-органическая патология мозга приводит к широкому спектру расстройств: от тиков, миоклонии и хореи, синдрома нарушенного внимания, гиперактивности, идеаторной и моторной навязчивости до генерализованного тика - синдрома Жиль де ля Туретта.

Клинико-диагностический симптомокомплекс PANDAS сходен с симптоматикой малой хореи - одной из хорошо известных форм острой ревматической лихорадки (ревматизма). Развитие PANDAS типично для детей препубертатного возраста (в отличие от хореи, для которой типичная возрастная группа - дети 5-8 лет). Болезнь начинается и протекает достаточно остро. При всей вариативности клинического симптомокомплекса общим, как для хореи, так и для PANDAS является наличие obsessивно-компульсивных расстройств. К числу наиболее типичных проявлений PANDAS относятся различные obsессии (навязчивости), по сути - волевые неконтролируемые усилия или действия (компульсии). Подобного рода состояния возникают с определенной периодичностью (средняя продолжительность атаки - в среднем 12-15 недель) и существенно снижают качество жизни больного. Нередко вышеописанная клиническая симптоматика сочетается с такими проявлениями, как двигательная гиперактивность, хореоформные гиперкинезы, импульсивность, рассеянность, эмоциональная лабильность, расстройства внимания, трудности засыпания, синдром Жиль де ля Туретта, анорексия, что позволяет расценивать их как коморбидные с PANDAS процессы. Диагностическое значение при PANDAS имеет и стойкий эффект антибактериальной противострептококковой терапии.

Характерными признаками PANDAS являются:

- (1) неврологические нарушения (гипермоторика, тики, хореоформные гиперкинезы, миоклонии);
- (2) obsесивно-компульсивные расстройства (навязчивые мысли и ритуальные действия) в сочетании с тиками;
- (3) дебют заболевания от 5 до 14 лет;
- (4) острое начало и рецидивирующе-ремиттирующее течение;
- (5) связь с БГСГА-инфекцией носоглотки (хроническим тонзиллитом), подтвержденной

микробиологическими (выделение возбудителя в мазке из зева) и серологическими методами (повышение титров антистрептолизина-О и анти-ДНКазы В);

(6) выявление маркеров повышенной чувствительности к ревматизму (антигенов В-лимфоцитов D8/17) и антинейрональных антител;

(7) отсутствие полиартрита, кардита, кольцевой эритемы и ревматических узелков;

(8) быстрое регрессирование психоневрологической симптоматики при адекватной антибактериальной терапии БГСГА-инфекции носоглотки;

(9) отсутствие при клинических исследованиях и нейровизуализации (МРТ, КТ) органических поражений базальных ганглиев и корковых структур;

(10) изменения на ЭЭГ, включая судорожную готовность, нередко спайк-волны, выявленные во время записи ночного сна.

С.К. Евтушенко и соавт. разработана медикаментозная терапия PANDAS: бициллин-5 - 1 раз в мес. (или ретарпен) №3-5 (при необходимости повторять); ацелизин - 1,0 №10 или диклофенак; депакин 20 мг/кг/сутки длительностью от 6 месяцев до 1 года, мильгамма курсами, психотерапевтическое воздействие. Препараты типа ридазина, галоперидола, амитриптилина малоэффективны при подобных состояниях. Пациенты должны находиться на диспансерном учете у детского невролога с обязательным контрольным осмотром кардиоревматолога и ЛОР-врача. При частых обострениях тонзиллита или повторных ангинах под прикрытием бициллин-терапии целесообразно рекомендовать тонзиллэктомию.

=====