



УКРАЇНА

(19) UA (11) 64037 (13) U
(51) МПК (2011.01)
A61N 2/00

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ СИНДРОМУ ХРОНІЧНОЇ ВЕНОЗНОЇ ДИСЦИРКУЛЯЦІЇ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

1

2

(21) u201104451

(22) 11.04.2011

(24) 25.10.2011

(46) 25.10.2011, Бюл.№ 20, 2011 р.

(72) БАРАНОВА ІРИНА ВОЛОДИМИРІВНА, САМОСЮК НАТАЛЯ ІВАНІВНА

(73) ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М.І. ПИРОГОВА

(57) Спосіб комплексного лікування синдрому хронічної венозної дисциркуляції головного мозку, який полягає у застосуванні низькоінтенсивного

магніто-лазерного опромінювання променями інфрачервоного діапазону паравертебральних, міжостистих точок шийно-грудного відділу хребта (рівень СIII-ThIII хребців, енергетична доза 8,1 Дж/кв.см), біологічно активних точок акупунктури комірцевої зони (VB12 тоу-вань-гу, VB20 фен-чі, VB21 цзянь-цзін, енергетична доза 4,5 Дж/кв.см) та гомеопатичних препаратів Траумель С та Діскус композитум з протизапальною, спазмолітичною та хондропротекторною діями, введені методом гомеосінаїтрії.

Корисна модель належить до медицини, зокрема до фізіотерапії, терапії та неврології, і може використовуватись в комплексному лікуванні синдрому хронічної венозної дисциркуляції головного мозку різної етіології.

Відомі способи комплексного лікування хронічної венозної церебральної дисциркуляції полягають у застосуванні венотонізуючих препаратів та препаратів, що покращують мозковий кровообіг в комплексі з масажем комірцевої зони, електропроцедурами або взагалі без фізіотерапевтичних методів лікування. У відомих способах курс лікування передбачає призначення медикаментозних препаратів строком від 2 до 6 місяців. Курс масажу комірцевої зони складається з 10-12 щоденних процедур, тривалість кожної процедури - 15-20 хвилин (С.Н. Янишевський //

www.medicusamicus.com/index.php.action-2006; А.В. Шемагонов // medi.ru-2009; О.Г. Ключева, О.Б. Фомина // Російський медичний журнал. - www/rmj.ru/articles_6580.htm. - 2010). Ще одним аналогом є спосіб лікування церебральної венозної дистонії шляхом медикаментозної та рефлексотерапії: з ціллю скорочення термінів лікування призначають L-Дофа та проводять стимуляцію верхнього шийного симпатичного ганглія імпульсними токами (І.З. Самосюк, А.В. Бродихин, А.П. Губенко // Патент на спосіб лікування №А61N1/32. - 1991).

Недоліком відомих способів лікування є те, що вони впливають лише симптоматично, не застосо-

вують в своїй схемі штучні фізичні чинники, які здатні активно вплинути на кровообіг, завдяки синергестичної дії підсилювати дію ліків і, як слід, зменшувати медикаментозне навантаження хворих. Крім того, в одному із наведених прототипів є значна технічна складність виконання (електроакупунктурний вплив на верхній шийний симпатичний ганглії), яка може викликати суттєві побічні дії та погіршення стану хворого при неточності виконання. Ще одним недоліком зазначених прототипів є відсутність дії на стан хребцево-зв'язувальних сегментів шийно-грудного відділу хребта, як на одну з ланок патогенетичного розвитку та прогресування синдрому хронічної венозної дисциркуляції головного мозку. Застосування низькоінтенсивного магніто-лазерного випромінювання інфрачервоного діапазону дозволяє не тільки покращити місцевий протизапальний, знеболюючий, протинабряковий ефекти, але й підвищити оксигенацію крові і тканин організму, зменшити перекисне окислення ліпідів в тканинах, поліпшити реологічні показники крові. Крім того, зональна стимуляція зазначеним фізичним чинником шийно-комірцевої ділянки з важливими вегетативними і сегментарними структурами, які безпосередньо приймають участь в інервації венозної системи головного мозку є дуже важлива в профілактиці прогресування венозної дисциркуляторної енцефалопатії.

Найближчий аналог корисної моделі не виявлено.

UA (19) 64037 (11) (13) U

В основу корисної моделі «Спосіб комплексного лікування синдрому хронічної венозної дисциркуляції головного мозку» поставлено задачу підвищити ефективність лікування через вплив на хребцево-зв'язувальні сегменти шийно-грудного відділу хребта, вегетативний спинальний центр регуляції тонусу мозкових судин, фармако-акупунктурну дію вазоактивних точок комірцевої ділянки, зменшити медикаментозне навантаження на організм хворого, в першу чергу за рахунок тривалості курсу лікування вазоактивними препаратами та здійснити профілактику прогресування венозної дисциркуляторної енцефалопатії.

Поставлена задача вирішується способом комплексного лікування, що передбачає застосування низькоінтенсивного магніто-лазерного опромінювання променями інфрачервоного діапазону паравертебральних, міжкостистих точок шийно-грудного відділу хребта (рівень CIII-ThIII хребців, енергетична доза 8,1 Дж/кв.см), біологічно активних точок акупунктури комірцевої зони (VB12 тоу-вань-гу, VB20 фен-чі, VB21 цзянь-цзін, енергетична доза 4,5 Дж/кв.см) та гомеопатичних препаратів Траумель С та Дискус композитум з протизапальною, спазмолітичною та хондропротекторною діями, що введені методом гомеосінаїтрії.

Спосіб здійснюється наступним чином. Після обстеження пацієнта, визначення необхідних лабораторно-біохімічних показників, інструментальних досліджень, приступають до проведення курсу комплексного лікування. Процедури низькоінтенсивної магніто-лазерної терапії виконувались наступним чином. В лазерному кабінеті хворого уклали на кушетку і після нетривалого відпочинку (5-10 хв.) починали лікування. Для проведення процедури використовували апарат низькоінтенсивної лазерної терапії «Узор-2К», що генерує інфрачервоне низько інтенсивне лазерне опромінювання довжиною хвилі 0,89 мкм, потужністю в імпульсі 4 Вт, та магнітні насадки (85 мТл) на випромінювачі.

Опромінення низькоінтенсивними магніто-лазерними хвилями інфрачервоного спектра проводилось контактно протягом 1 хвилини (частота імпульсів - 600 Гц) на біологічно активні точки акупунктури комірцевої зони (VB12 тоу-вань-гу, VB20 фен-чі, VB21 цзянь-цзін) та по 2 хвилини (частота імпульсів - 1500 Гц) на міжкостисті точки шийного та верхньо-грудного відділу хребта (рівень CIII-ThIII хребців). Енергетична доза (4,5 Дж/кв.см на біологічно активні точки та 8,1 Дж/кв.см на міжкостисті та паравертебральні точки) відповідає загальноприйнятим терапевтичним межах (І.З. Самосюк, В.П. Лисенюк, М.В. Лобода, 1997). Процедури магніто-лазерної терапії проводились щоденно. Загальний час процедури не перебільшував 15-18 хвилин, курс лікування складав 10-12 процедур.

Через годину після закінчення магніто-лазеротерапевтичної процедури, хворим вводили ін'єкційні форми гомеопатичних препаратів Траумель С (2,2 мл, «Heel», Німеччина) та Дискус-композитум (2,2 мл, «Heel», Німеччина) методом гомеосінаїтрії (підшкірно), через день, по 5 ін'єкцій кожного препарату на курс лікування. Згідно з відпрацьованою методикою, зони введення були на-

ступні: паравертебральні в шийному та верхньо-грудному відділах хребта (рівень CIII-ThIII хребців) та тригерні точки комірцевої зони. Кількість введеного препарату складала 0,1 мл на точку.

Використання цієї корисної моделі дозволяє покращити ефект комплексного лікування синдрому хронічної венозної дисциркуляції головного мозку завдяки застосуванню фізіотерапевтичного метода лікування, а саме магніто-лазеротерапії в комплексі із гомеопатичними препаратами. Ефект здійснюється через вплив низькоінтенсивного лазерного випромінювання та гомеопатичних препаратів протизапальної, спазмолітичної та хондропротекторної дій на хребцево-зв'язувальні сегменти шийного відділу хребта, вегетативний спинальний центр регуляції тонусу мозкових судин та біологічно-активні точки комірцевої зони з синергестично направленою дією. Є доцільним використання розробленого способу лікування в комплексній терапії синдрому хронічної венозної дисциркуляції головного мозку на стаціонарному, поліклінічному та санаторно-курортному етапах.

Приклад. Хвора К., 47 роки, історія хвороби №311/187. Клінічний діагноз загальний: Остеохондроз шийно-грудного відділу хребта з больовим м'язово-тонічним компонентом. Синдром хронічної венозної дисциркуляції головного мозку; ускладнення: -----; побічний: -----. Хворіє на остеохондроз шийно-грудного відділу хребта близько 9 років, загострення хвороби відмічає 2-3 рази на рік та пов'язує із специфічністю роботи (працює позмінно диспетчером із значним напруженням зорового аналізатора та вимушеній позі - з нахилоною головою). Була прийнята на лікування із скаргами на головний біль в потиличній ділянці, яка розповсюджувалась на задню поверхню шиї, виникала зранку, іноді супроводжувалась нудотою. Також турбувала ранішня пастозність обличчя, яка проходила самостійно до вечора. Погіршення стану здоров'я, яке хвора пов'язувала із напруженим графіком роботи, розвинулось поступово. При несприятливих метеочутливих умовах (змінах магнітного поля Землі) мали місце епізоди підвищення артеріального тиску до 140/90-95 мм рт. ст. Протягом останніх 9 років лікувалась стаціонарно та амбулаторно; пацієнтка відмічала з часом покоротання періоду ремісії.

При об'єктивному обстеженні: артеріальний тиск - 130/95 мм рт. ст., пульс - 16 ударів за хвилину, ритмічний, задовільних властивостей. Тілобудова нормостенічна. Шкіра чиста, звичайного кольору. Візуально права та ліва половини тулуба симетричні. Постава звичайна. Динаміка поперекового відділу хребта в повному обсязі, нахили головою вперед, назад та в боки дещо обмежені за рахунок больового синдрому. Пальпаторно надостисті та паравертебральні точки в шийному та верхньо-грудному відділі хребта болісні, визначається напруженість м'язів задньої шийної групи та трапецієподібного м'язу. З боку дихальної системи патології не знайдено. Перкуторно межі серцевого притуплення та судинного пучка не зміщені. Серцевий товчок сильний. Аускультативно відхилень від норми немає. При пальпації нижній край печінки співпадає з краєм реберної дуги, пальпація жи-

вота безболісна, відділи товстого кишечника без особливостей. Набряк не має. Нестійкий червоний дермографізм. Огляд окуліста: ознаки венозної гіпертензивної ангіопатії обох очей. Інструментальні методи дослідження: при рентгенографії шийного відділу хребта виявлено ознаки остеохондрозу у вигляді остеофітів на відростках шийних хребців, артрозу унковертебрального з'єднання, нерівномірності між хребцевих дисків С3-С4, С4-С5, С5-С6. Доплерографія судин головного мозку: ознаки венозної дистонії, підвищення тонуусу венозних судин, більше праворуч, порушення венозного відтоку з порожнини черепа праворуч. Офтальмоскопія: нерівномірність калібру, звивистість вен сітківки, їх сакулярне розширення, периваскулярний венозний набряк.

Після обстеження хворій було розпочато комплексне лікування за розробленим способом. В лазерному кабінеті хвору уклали на кушетку і після нетривалого відпочинку (5-10 хв.) починали процедуру. Для проведення лікування використовували апарат низькоінтенсивної лазерної терапії «Узор-2К» з магнітними насадками (85 мТл). Опромінення низькоінтенсивними магніто-лазерними хвилями інфрачервоного діапазону проводилось контактно протягом 1 хвилини (частота імпульсів - 600 Гц) на біологічно активні точки акупунктури комірцевої зони (VB12 тоу-вань-гу, VB20 фен-чі, VB21 цзянь-цзін) та по 2 хвилини (частота імпульсів - 1500 Гц) на міжкостисті точки шийно-грудного відділу хребта (рівень СIII-ThIII хребців). Процедури лазеротерапії проводились щоденно, курс лікування складав 10-12 процедур. Через годину після закінчення лазеротерапевтичної процедури, хворій вводили ін'єкційні форми гомеопатичних препаратів Траумель С (2,2 мл, «Heel», Німеччина) та Дискус-композитум (2,2 мл, «Heel», Німеччина) методом гомеосініатрії (підшкірно) через день, по 5 ін'єкцій кожного препарату на курс лікування. Згідно відпрацьованої методики, зони введення були наступні: паравертебральні в шийному та верхньо-грудному відділах хребта (рівень СIII-ThIII хребців) та тригерні точки комірцевої зони. Кількість введеного препарату складала 0,1 мл на точку.

Хворій кожного дня вимірювали артеріальний тиск в динаміці - до та через дві години після процедури, в більшості випадків спостерігалось зниження діастолічного артеріального тиску на 5-10 мм рт. ст. після процедури. Вже на 4 добу лікування хвора відмітила зменшення головного болю. Після 8 процедури ранішня пастозність обличчя не спостерігалась, рухи в шийному відділі хребта стали вільні, головний біль не турбувала, болісність паравертебральних та надостистих точок була відсутня. Діастолічний артеріальний тиск знизився до 80 мм рт. ст., пульсовий артеріальний тиск підвищився до 40 мм рт. ст. (АТ-120/80 мм рт. ст.). Хвора лікування переносила добре, загострення симптомів хвороби протягом лікування при змінах метеорологічних умов не спостерігалось. Виписана із стаціонару після закінчення курсу лікування без скарг, артеріальний тиск 120/80 мм рт. ст., пульс - 70 уд. в хвилину. Рекомендовано було продовжити курс лікування вазоактивним препаратом протягом 1 місяця.

Повторне (через 2 місяці) обстеження хворої виявило наступні дані. Суб'єктивних скарг хвора не пред'являла, свій стан характеризувала, як добрий. Відмічала стійке зниження діастолічного артеріального тиску до 75-85 мм рт. ст. Зі слів хворої, метеочутливість значно зменшилась, толерантність до фізичного навантаження збільшилась. За об'єктивними даними доплерографії судин головного мозку тонус венозних судин нормалізувався, ознак порушення венозного відтоку з порожнини черепа не виявлено. За даними офтальмоскопії калібр вен сітківки став дещо більш рівномірний, периваскулярного венозного набряку не виявлено, сакулярні розширення зменшились за об'ємом та напруженістю. Необхідності в продовженні курсу лікування вазоактивними препаратами не було.

Отже на наведеному прикладі показана ефективність розробленого способу комплексного лікування синдрому хронічної венозної дисциркуляції головного мозку із застосуванням низько інтенсивної магніто-лазерної терапії та гомеопатичних препаратів протизапальної, спазмолітичної та ходропротекторної дій.