



УКРАЇНА

(19) UA (11) 42136 (13) U
(51) МПК (2009)
A61M 31/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ВЕРТЕБРОГЕННИХ ПОРУШЕНЬ СЕРЦЕВОГО РИТМУ

1

2

(21) u200900379

(22) 19.01.2009

(24) 25.06.2009

(46) 25.06.2009, Бюл.№ 12, 2009 р.

(72) КРАВЕЦЬ РОСТИСЛАВ АНАТОЛІЙОВИЧ,
КОЛІСНИК ПЕТРО ФЕДОРОВИЧ(73) ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М.І. ПИРОГОВА

(57) Спосіб лікування вертеброгенних порушень серцевого ритму, що включає мануальну корекцію порушень в хребтових сегментах, який **відрізняється** тим, що здійснюють комплексне обстеження серцево-судинної системи та хребтових сегментів одночасно і при виявленні вертеброгенної аритмії проводять гідрокортизон-новокаїнові інфільтрації сегментів шийно-грудного відділу хребта і тригерних пунктів.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до кардіології, може використовуватись також в неврології та внутрішній медицині з метою лікування порушень серцевого ритму, які виникають при патологічних змінах у сегментах шийно-грудного відділу хребта.

Відомий спосіб лікування вісцеральних синдромів при остеохондрозі хребта полягає у механічному впливі на міофіксаційні блоки в хребтових сегментах [Деклараційний патент України на винахід №27987 А61Н1/02, Бюл. №5, 2000р.].

Недоліком цього способу є те, що лікування вісцеральних синдромів (в тому числі аритмії серця) проводиться за допомогою пристрою, який впливає лише на міофіксаційні блоки у хребтових сегментах, не враховуючи патологічні зміни симпатичних сегментарних вегетативних нервових структур.

В основу корисної моделі "Спосіб лікування вертеброгенних порушень серцевого ритму" поставлене завдання шляхом комплексного обстеження і спеціального лікування хворих на резистентні до медикаментозної терапії порушення серцевого ритму, які зумовлені патологічними змінами в сегментах шийно-грудного відділу хребта, підвищити ефективність лікування вертеброгенних аритмій.

Це досягається способом, що передбачає мануальну корекцію порушень в хребтових сегментах, який відрізняється тим, що здійснюють комплексне обстеження серцево-судинної системи та хребтових сегментів одночасно і при виявленні вертеброгенної аритмії проводять гідрокортизон-новокаїнові інфільтрації сегментів шийно-грудного відділу хребта і тригерних пунктів.

Спосіб здійснюється таким чином. Спочатку проводять комплексне обстеження хворого, яке включає рентгенографію шийного і грудного відділу хребта в прямій та бічній проекціях, магнітно-резонансну томографію шийно-грудного відділу хребта, електрокардіографію в 12 відведеннях, холтеровське моніторування електрокардіограми протягом 24 годин, ультразвукове дослідження серця. Встановлюють наявність порушення серцевого ритму, а також нозологію патології хребта і травмуючі елементи у сегментах. Слід вказати, що травмуючий елемент - це патологічна зміна, яка за формою, розміром і напрямком розташування може призводити до травматизації сегментарних нервових і судинних структур.

Вертеброгенне порушення ритму встановлюють при наявності певних критеріїв:

1. Наявність патологічних змін саме тих сегментів шийно-грудного відділу хребта, котрі приймають участь в іннервації серця та великих судин або забезпечують нормальне функціонування судинно-рухового центра довгастого мозку (С1-С7; Th1-Th8);

2. Ступінь важкості аритмії повинен знаходитись в прямій залежності від кількості та розміру травмуючих елементів;

3. Наявність активних тригерних пунктів, спазму м'язів, трофічних змін в зонах, які за рівнем іннервації відповідають сегментам С1-Th8;

4. Виникнення або загострення аритмії повинно співпадати в часі або виникати після появи захворювання хребта;

5. Діагностування особливостей клінічного перебігу захворювання серця, які не відповідають класичній клінічній картині: атипова ірадіація болю, зв'язок виникнення аритмії з положенням тіла, змі-

(19) UA (11) 42136 (13) U

на інтенсивності симптоматики після вісьового фізичного навантаження або певних рухів, масажу тощо;

6. Низька ефективність звичайних схем медикаментозного лікування порушень серцевого ритму;

7. Зникнення аритмії або підвищення ефективності загальноприйнятих методів лікування під впливом вертебрологічних методів лікування.

Враховуючи вказані особливості, спосіб передбачає специфічні підходи до діагностики порушень ритму серця при супутніх патологічних змінах сегментів шийно-грудного відділу хребта:

1. В анамнезі з'ясовують зв'язок аритмії з симптомами, котрі вказують на наявність захворювань хребта, а також фактори, які сприяють збільшенню або зменшенню проявів патології;

2. Обов'язково проводять деталізацію та збір не тільки кардіальних, але й вертебрологічних скарг;

3. В схему обстеження пацієнта з вертеброгенними аритміями включають мануальне обстеження та соматоскопію;

4. Верифікацію патологічних змін сегментів хребта проводять за допомогою рентгенологічного дослідження, а при необхідності - МРТ;

5. Виконують холтерівське монітування ЕКГ протягом 24 годин;

Після цього здійснюють лікування вертеброгенних аритмій серця шляхом відновлення фізіологічної форми хребта, усунення зміщень хребців і міофіксаційних блоків за допомогою мануальної терапії, призначення відповідної лікувальної фізкультури, застосовують гідрокортизон-новокаїнові інфільтрації сегментів шийно-грудного відділу хребта і тригерних пунктів. Для проведення інфільтрацій використовують 0,5% розчин новокаїну, що забезпечує більш швидке блокування нервових закінчень в місці ін'єкції. Це важливо при великій кількості активних тригерних пунктів, крім того, новокаїн має певну протизапальну активність. У всіх хворих перед проведенням гідрокортизон-новокаїнових інфільтрацій ретельно збирають алергологічний анамнез та проводять пробу на чутливість до новокаїну. Інфільтрацію виконують з розрахунку 12,5мг суспензії гідрокортизону (Egis, Угорщина) на 20мл 0,5% новокаїну. Тонкою голкою №04 проводять інфільтрацію по 0,5-1,0мл на один тригер, але не більше 25-30 уколів за сеанс. Використовують інфільтрації також при тунельних синдромах, локальному запальному процесі в сегменті, наявності остеофітів, осифікацій зв'язок та капсули міжхребцевих суглобів, епіконділітах, периартритах. Частіше активні тригерні пункти знаходяться в м'язах шийно-комірцевої зони (m. trapezoideus, m. levator scapulae зліва), прекардіальній зоні, m. pectoralis major, в місці прикріплення великого грудного м'яза до груднини. При необхідності проводять блокаду зірчастого вузла зліва, інфільтрацію тригерних пунктів в III-V міжребер'ї по середньоключичній лінії. У всіх хворих проводять гідрокортизон-новокаїнову інфільтрацію хребтових сегментів С₃, С₄, С₈, Th₁-Th₈, тому що між вегетативними структурами цих сегментів та серцем існує безпосередній зв'язок.

Запропонованим способом було проліковано 42 пацієнта з порушеннями серцевого ритму і патологічними змінами у сегментах шийно-грудного відділу хребта. Курс лікування в залежності від давності захворювання і ступеня враження хребтових сегментів склав від 3 до 10 сеансів, котрі проводяться 1 раз на тиждень. В результаті терапії суттєво зменшувались або зникали скарги на відчуття "перебоїв" в роботі серця, серцебиття, а також біль і дискомфорт в ділянці шийно-грудного відділу хребта. За даними добового холтерівського монітування ЕКГ відбувалось зменшення середньої частоти серцевих скорочень з 74,2±2,2 до 64,0±1,9 ударів/хвилину (p<0,01). Максимальна та мінімальна частота серцевих скорочень, зареєстрована протягом доби, мали тенденцію до нормалізації: зменшення ЧССmax на 19,7% (p<0,001) та збільшення ЧССmin на 11,3% (p<0,05).

Для оцінки ефективності антиаритмічного лікування за даними холтерівського монітування ЕКГ використовують загальноприйняті критерії:

1. Зменшення загальної кількості екстрасистол більше ніж на 75%;

2. Зменшення кількості парних екстрасистол та екстрасистол типу "R на T" більше ніж на 90%;

3. При поліморфних екстрасистолах скорочення кількості мономорфологічних типів максимум до 2;

4. Повне зникнення епізодів шлуночкової тахікардії.

У досліджуваних пацієнтів спостерігається значне зменшення кількості шлуночкових екстрасистол з 878,9±362,7 до 2,4±1,6 та надшлуночкових екстрасистол з 629,0±354,9 до 0,9±0,6 протягом часу реєстрації (p<0,05). В цілому у всіх хворих спостерігається суттєва позитивна динаміка кількості тахікардій та брадикардій, зареєстрованих протягом доби: зменшення на 76,0% (p<0,01) та 77,0% (p<0,05) відповідно.

Клінічний приклад. Хворий Р., 49 років, лікувався з приводу частоті політопної шлуночкової екстрасистолії, яка проявлялась відчуттями "перебоїв" в роботі серця, що суттєво знижувало якість життя. Приймав антиаритмічні препарати (аймалін, етацизин, кордарон), котрі дещо зменшували кількість екстрасистол. При рентгенологічному і МРТ-дослідженні шийно-грудного відділу хребта було виявлено спондилоартроз С3-С6, унковертебральний артроз, випрямлення шийного лордозу, грижі дисків С4-С5, С5-С6, набряк капсул міжхребцевих суглобів С3-С6, сегментарний стеноз на рівні С4-С6. В м'язах шийно-комірцевої зони виявлені численні тригерні пункти. Було проведено 8 сеансів мануальної терапії, постізометричної релаксації м'язів і гідрокортизон-лідокаїнових інфільтрацій сегментів С3-Th5, а також тригерних пунктів. Кількість екстрасистол за даними холтерівського монітування ЕКГ після курсу лікування зменшилась на 92%, самопочуття пацієнта нормалізувалось.

Таким чином, спосіб лікування вертеброгенних порушень серцевого ритму може використовуватись у пацієнтів із аритмією та супутньою патологією сегментів шийно-грудного відділу хребта.

