



УКРАЇНА

(19) UA (11) 19445 (13) U
(51) МПК (2006)
A61N 2/06 (2006.01)
A61G 7/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ РОЗПОВСЮДЖЕНОГО ОСТЕОХОНДРОЗУ ХРЕБТА З БОЛЬОВИМ СИНДРОМОМ

1

(21) u200607030

(22) 23.06.2006

(24) 15.12.2006

(46) 15.12.2006, Бюл. № 12, 2006 р.

(72) Бабов Костянтин Дмитрович, Ніколаєва Наталя Григорівна, Колоденко Володимир Олександрович, Колоденко Вікторія Володимирівна

(73) УКРАЇНСЬКИЙ НАУКОВО-ДОСЛІДНИЙ ІНСТИТУТ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ТА КУРОРТОЛОГІЇ

2

(57) Спосіб лікування розповсюдженого остеохондрозу хребта з больовим синдромом, що включає поєднання розвантаження хребта на похилій площині під дією ваги тіла та фізіотерапевтичний вплив, який відрізняється тим, що фіксацію положення хворого проводять за допомогою гойдалки Глісона і додатково вздовж хребта проводять теплолікування температурою 48-50°C протягом 15-20 хвилин, а на литки одночасно діють індукторами магнітного поля.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до ортопедії й неврології, і призначається для лікування розповсюдженого остеохондрозу хребта з больовим синдромом.

Серед способів лікування розповсюдженого остеохондрозу хребта з больовим синдромом відомим є використання знеболювальних, протизапальних та вітамінних медикаментозних засобів (1), але вказані методи не чинять етіотропний вплив, здійснюють лише тимчасовий лікувальний ефект і не впливають на дистрофічні та компресійні чинники захворювання.

Разом з тим, доведено, що теплолікування та магнітотерапія також характеризуються виразним знеболювальним та трофотропним ефектом, внаслідок безпосереднього (термолікування, магнітотерапія) та опосередкованого покращення кровопостачання (магнітотерапія) і самостійно, як монотерапія, або у поєднанні з лазеротерапією (магнітолазерна терапія) ці методи використовуються при лікуванні розповсюдженого остеохондрозу хребта з больовим синдромом (2), але при таких варіантах фізіотерапії ефективність лікування не перевищує 68%.

Окрім того, відомо, що розвантажувальна терапія у вигляді витягання на похилій площині (3) або підводного витягання (4) здійснює суттєвий позитивний вплив при лікуванні розповсюдженого остеохондрозу хребта з больовим синдромом завдяки декомпресії уражених вертебральних структур,

але у самостійному варіанті не використовується, бо не забезпечує стійкого терапевтичного ефекту. Зважаючи на це, у переважній більшості розвантажувальну терапію комбінують з лазеротерапією (5), магнітотерапією (2). Лазеротерапія та магнітотерапія здійснюють трофотропний ефект, одним з чинників якого є покращення локальної мікроциркуляції у зоні впливу. Ефективність зазначених комбінованих способів лікування коливається в межах від 60 до 77%.

Поєднане використання розвантажувальної терапії, теплолікування та магнітотерапії при розповсюдженому остеохондрозі хребта з больовим синдромом не відомо.

Найбільш близьким до запропонованого є спосіб лікування остеохондрозу хребта з больовим синдромом, який включає розташування хворого на похилій площині, фіксацію тулуба за підкрильцові западини та електрофорез лікарських речовин на ділянку болю (6), але при цьому поза впливом залишається шийний відділ хребта, а покращення трофіки вертебральних структур є суто локальним.

Зважаючи на вищенаведене, в основу корисної моделі поставлено завдання удосконалення способу лікування розповсюдженого остеохондрозу хребта з больовим синдромом шляхом поєднання повного розвантаження хребта, теплолікування (вздовж хребта) та магнітотерапії (на литки), що дозволяє одночасно потенційовано впливати

(19) UA (11) 19445 (13) U

на рефлекторно-сегментарні зони, компресійні прояви захворювання, покращує кровопостачання всіх вертебральних структур, безпосередньо та опосередковано посилює трофічний ефект та поліпшує результати лікування таких хворих.

Поставлене завдання вирішується тим, що у способі лікування розповсюдженого остеохондрозу хребта з больовим синдромом шляхом поєднання розвантаження хребта на похилій площині під дією ваги тіла та фізіотерапевтичного впливу, згідно корисної моделі фіксації положення хворого проводять за допомогою гойдалки Гліссона і додатково вздовж всього хребта проводять теплолікування температурою 48-50°C протягом 15-20 хвилин, а на литки одночасно діють індукторами магнітного поля.

Сутність способу полягає у тому, що хворого розміщують на похилій площині під кутом 30°, фіксацію положення хребта здійснюють за допомогою гойдалки Гліссона, противагою є тіло пацієнта. Одночасно вздовж хребта проводять пакетне теплолікування (ширина пакетних теплоносіїв - 20см, довжина - дорівнює довжині хребта хворого, температура - 48-50°C) протягом 15-20 хвилин. В той же час на литки хворого контактно діють змінним низькочастотним магнітним полем (величина магнітної індукції 25мТл). Загальний курс лікування - 14-20 процедур.

Розроблений спосіб застосовано у 11 пацієнтів з ідеопатичним розповсюдженим остеохондрозом хребта (у 3 хворих спостерігалась цервікалія та люмбалгія, у 4 - торакалія та люмбалгія, у 4 - торакалія та люмбішіалгія). Групу порівняння склали 14 пацієнтів (4 - цервікалія та люмбалгія, у 5 - торакалія та люмбалгія, у 5 - торакалія та люмбішіалгія), аналогічних за віком, терміном та стадією захворювання, у яких запропонована методика не використовувалась.

Ефективність проведених лікувальних заходів оцінювали за динамікою больового синдрому (суб'єктивний біль та біль у міофасціальних тригерних точках), напруження паравертебральних м'язів, показників артеріального тиску (АТ), ЕКГ та лабораторних показників (індекс Гаркаві).

Порівняльний аналіз показав, що використання запропонованого способу лікування благоприємно впливало на перебіг захворювання:

больовий синдром купірувався на 2-3 доби раніше, напруження паравертебральних м'язів та болючість у міофасціальних тригерних точках зникли на 4-5 діб скоріше, коефіцієнт динаміки був на вищому рівні, ніж у пацієнтів групи порівняння. Моніторування АТ і ЕКГ виявило стійку тенденцію до стабілізації середніх величин систолічного АТ та діастолічного АТ, циркадних ритмів і варіабільності АТ, адаптацію серцево-судинної та вегетативної нервової систем до фізичних навантажень, що свідчило про компенсаторні переваги запропонованого способу лікування. Стійка ремісія у референтній групі утримувалась протягом 6 місяців, а у групі порівняння була у 2 рази коротшою (3-4 місяці).

Окрім того, у референтній групі індекс Гаркаві після закінчення курсу лікування досягав 0,6 (перехід адаптації до адапційної активації та реакції

тренування), а у групі порівняння не перевищував 0,5.

Корисна модель ілюструється прикладом.

Хвора С., 52 років звернулася із скаргами на біль вздовж грудного відділу хребта та у попереку, що її непокоять протягом останніх трьох років. Проходили неоднаразові курси бальнео- та пелоїдолікування у поєднанні з апаратною фізіотерапією (лазеротерапія, магнітотерапія, електролікування). Після закінчення зазначених курсів спостерігалось полегшення, але ремісія була нестійкою і її тривалість не перевищувала 2 місяців. На ґрунті комплексного обстеження встановлено діагноз: Розповсюджений ідеопатичний остеохондроз хребта, II стадія, торакалія та люмбалгія. При обстеженні виявлена болючість у грудних та поперекових паравертебральних м'язах, зменшення об'єму рухів у цих відділах хребта, нестабільність середніх величин систолічного АТ та діастолічного АТ, циркадних ритмів і варіабільності АТ; індекс Гаркаві склав 0,5. Хворій було призначено комплексне лікування шляхом розвантаження хребта на похилій площині під кутом 30°, фіксації положення хребта за допомогою гойдалки Гліссона з противагою тілом пацієнтки з одночасним теплолікуванням (вздовж хребта встановлювались пакетні теплоносії шириною 20см, довжина - дорівнювала довжині хребта хворої, температура - 48-50°C); в той же час на литки пацієнтки контактно діяли змінним низькочастотним магнітним полем (величина магнітної індукції 25 мТл). Тривалість процедури становила 20 хвилин. Загальний курс лікування склав 14 процедур. Больовий синдром купірувався на 3 доби, напруження паравертебральних м'язів та болючість у міофасціальних тригерних точках зникли на 5 доби. Моніторування АТ і ЕКГ стабілізувало середніх величин систолічного АТ та діастолічного АТ, циркадних ритмів і варіабільності АТ; індекс Гаркаві підвищився до 0,65. Стійка ремісія утримувалась протягом 6 місяців.

При співставленні з прототипом заявлений спосіб дозволяє поліпшити результати лікування хворих на розповсюджений остеохондроз хребта, скоротити строки купірування больового синдрому, покращити компенсаторні та адаптивні можливості організму і досягти стійкої ремісії.

Література:

1. Попелянский Я.Ю. Ортопедическая неврология (вертебро-неврология).-М: МЕДпрессинформ, 2003.- 132 с.

2. Самосюк И.З. Физические методы в лечении и медицинской реабилитации больных и инвалидов.-, Київ"Здоров'я".- 2004.- 603 с.

3. Пат. № 51520 UA, МПК А61F5/00. Спосіб лікування рефлекторно-компресійного синдрому остеохондроза хребта / Дороганчук М.С., Кирилюк М.Л.- Оубл. 15.11.2002. Бюл. №11.

4. Пат. №12312 UA, МПК А61H02Н Спосіб лікування остеохондрозу хребта у санаторно-курортних умовах або лікувально-профілактичних закладах / Новіков Д.В. - Оубл. 16.01.2006. Бюл. №1.

5. Мирютова Н.Ф. Лазеротерапия в лечении дискогенных неврологических проявлений остеохондроза позвоночника// Вопросы курортологии.-

2000.-№3. - С.30-34.

6. Пат. № 67176 UA, МІЖ А61N1/30 Спосіб лікування остеохондрозу хребта з больовим синд-

ромом / Дзяк Л.А., Касьянов А.М., Касьянова М.А.
Опубл. 15.06. 2004. Бюл. №6 – прототип.