



УКРАЇНА

(19) UA (11) 43484 (13) U
(51) МПК (2009)
A61N 1/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ПЕРЦЕПТИВНОЇ ДИЗОСМІЇ У ХВОРИХ З ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЮ ТРАВМОЮ МЕТОДОМ ЕЛЕКТРОФОРЕЗУ ПРОЗЕРИНУ

1

2

(21) u200814497

(22) 16.12.2008

(24) 25.08.2009

(46) 25.08.2009, Бюл.№ 16, 2009 р.

(72) ПЕДАЧЕНКО ЄВГЕН ГЕОРГІЙОВИЧ, СКОБ-
СЬКА ОКСАНА ЄВГЕНІВНА, ЖДАНОВА ВАЛЕН-
ТИНА МИКОЛАЇВНА(73) ІНСТИТУТ НЕЙРОХІРУРГІЇ ІМ. А.П. РОМО-
ДАНОВА АМН УКРАЇНИ(57) Спосіб лікування перцептивної дизосмії у хво-
рих з черепно-мозковою травмою методом елект-

рофорезу прозерину, що включає фізіотерапевтичне лікування, який **відрізняється** тим, що хворим з периферичною перцептивною дизосмією ендоназально проводять електрофорез 0,1 % розчину прозерину, сила струму 5-10 мА, тривалість процедури 7-10 хвилин протягом 10 процедур, при цьому перші п'ять процедур проводять тривалістю 7 хвилин через день, наступні щоденно тривалістю 10 хвилин.

Спосіб лікування відноситься до медицини, зокрема фізіотерапії, реабілітації, неврології, нейрохірургії та отоларингології і може бути використаний для лікування перцептивної дизосмії у хворих з черепно-мозковою травмою.

Відомі способи лікування перцептивної дизосмії за допомогою медикаментозної терапії, фізіотерапевтичних методів, голкорексфлексотерапії та інших [1, 3, 4, 7, 9, 10]. Перцептивне порушення нюху зустрічається у неврологічних та нейрохірургічних хворих з черепно-мозковою травмою, з пухлинами головного мозку, з судинною патологією [2, 4, 7].

У хворих з черепно-мозковими травмами спостерігається перцептивна дизосмія при периферичному ураженні нейроепітеліальних клітин або нюхових нервів, а також порушень анатомічних утворень в передній та середній черепних ямах. Спостерігається ураження нюхових цибулинок в результаті їх розриву або часткового відриву при проходженні через решітчасту пластинку. Порушення нюху «рецепторного рівня» спостерігаються також при травмах нюхової зони та решітчастої пластинки [2, 5]. Відомі способи лікування не завжди виявляються достатньо ефективними, відновлення нюху відбувається дуже повільно, не завжди в повному обсязі, а в деяких випадках лікування малоефективне чи взагалі неефективне [8].

При лікуванні нейропатій використовуються антихолінестеразні препарати (прозерин, нейромідін та інші), вітаміни групи В, біогенні стимулятори, вазоактивні препарати. Електрофорез 0,1 % роз-

чину прозерину та 0,5 % розчину нейромідину застосовується при лікуванні нейросенсорної туговухості. Спосіб здійснюється таким чином: електроданод - з вологою турундою, змоченою 1 мл 0,1 % р-ну прозерину вводиться ендаурально, інший електрод - катод (-) розміщується в міжлопатковій ділянці. Курс лікування складає 10 процедур, що проводяться щодня з перервою на вихідні. Сила струму 10-15 мА, тривалість процедури 10-15 хвилин [11, 12].

Ця методика лікування найбільш близька до заявленої і взята нами за прототип. Для лікування периферичної перцептивної дизосмії у хворих з черепно-мозковою травмою ендоназальний електрофорез прозерину не використовувався.

Задачею нашої корисної моделі є створення способу лікування периферичної перцептивної дизосмії у хворих з черепно-мозковою травмою, що сприятиме відновленню функції нюху в повному обсязі, скороченню термінів лікування та покращенню якості життя хворих.

Поставлена задача вирішується тим, що хворим з периферичною перцептивною дизосмією ендоназально проводять електрофорез 0,1 % розчину прозерину, сила струму 5-10 мА, тривалість процедури 7-10 хвилин протягом 10 процедур, при цьому перші п'ять процедур проводять тривалістю 7 хвилин через день, наступні щоденно тривалістю 10 хвилин.

Ефект досягається завдяки максимальному наближенню препарату прозерин до ушкоджених нейроепітеліальних клітин нюхового нерву шляхом

(13) U

(11) 43484

(19) UA

введення його методом ендоназального електрофорезу. У даній методиці дія на організм відбувається як за рахунок дії лікарського іона, так і гальванічного струму, що забезпечує введення в організм великої кількості іонів і концентрації лікарської речовини безпосередньо на ураженій ділянці.

Прозерин покращує проведення імпульсу в нервовій системі, порушеному унаслідок дії різних чинників. Він володіє ефектом зворотного інгібування холінергії, що додатково збільшує накопичення нейромедіатора і підсилює функціональну активність постсинаптичної клітини. Він стимулює пресинаптичне нервово волокно та збільшує викид нейромедіатора, зменшує руйнування медіатора ацетілхоліну ферментом, підвищує активність синаптичної клітини прямою мембранною і опосередкованою медіаторною дією ацетілхоліну, діє на всі ланки проведення збудження та посилює вплив інших медіаторів: адреналіну, серотоніну, гістаміну, окситоцину. Прозерин добре переноситься, окрім безпосереднього впливу на периферичний нейрон, володіє судинним вегетотропним і ноотропоподібним ефектами [6].

Все це дає підставу використовувати ендоназальний електрофорез прозерину у хворих з периферичною перцептивною дизосмією, що сприятиме більш повному відновленню нюхової функції, скоротить термін лікування та покращить якість життя пацієнтів, що перенесли черепно-мозкову травму.

Спосіб здійснюється таким чином: активний електрод - анод з вологою прокладкою, змоченою 0,1 % розчином прозерину розміщується ендоназально, пасивний електрод - катод (-) розміщується на шиї, сила струму 5-10 mA, перші п'ять процедур проводять тривалістю 7 хвилин через день, наступні щоденно тривалістю 10 хвилин. Курс лікування складає 10 процедур. Для фізіотерапевтичних методів лікування характерний виражений ефект післядії, тому результати лікування через 1-1,5 місяці кращі, ніж безпосередньо після закінчення курсу терапії. Отже, повторні курси можуть бути призначені 1,5-2 місяці.

Приклад 1.

Хворий Т-к О.Р., 19 років, звернувся зі скаргами на відсутність нюху справа, яке з'явилося після травми, місяць тому. Діагноз: стан після ЧМТ, перелому основи черепа (передньої черепної ями), підгостра перцептивна дизосмія. Проведене консервативне лікування в стаціонарі та в поліклініці за місцем проживання виявилось неефективним. Використана методика суб'єктивної офтальмометрії за методом W. Borhtein [5]. В тест-системі використовуються 8 різних запахів, які містять нюхові стимули, як ольфакторної, так і системної дії. У пацієнта виявлена гіпосмія (практично аносмія) справа. Необхідно зазначити, що порушень диференціації запахів та нюхових галюцинацій не спостерігалось. Хворому проведений курс комплексного відновного медикаментозного та фізіотерапевтичного лікування із застосуванням ендоназального електрофорезу з прозерином. В процесі лікування стан пацієнта покращився, почав відчувати запахи. Хворий оглянутий через 1

місяць після закінчення лікування, порушень нюху не виявлено.

Приклад 2.

Хворий В-ко Т.Я., 46 років, скарги на відсутність нюху зліва, яке з'явилося після травми, 10 днів тому. Діагноз: ЧМТ, перелом основи черепа (передньої черепної ями), гостра перцептивна дизосмія (зліва). Використана методика суб'єктивної ольфактометрії за методом W. Borhtein. Хворому проведено курс комплексного відновного медикаментозного та фізіотерапевтичного лікування із застосуванням ендоназального електрофорезу з прозерином. В процесі лікування стан пацієнта покращився, почав відрізняти запахи. Хворий оглянутий через 1 місяць після закінчення лікування, функція нюху відновилась частково (гіпосмія зліва).

Запропонований спосіб лікування був апробований в фізіотерапевтичному відділенні ДУ "Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова АМН України". Лікування проводилось 25 хворим. Для порівняння була взята група хворих із 15 пацієнтів, які раніше лікувались без застосування запропонованого способу. Групи формувались таким чином, щоб розподіл хворих по вираженості та часу існування клінічних проявів, по статі та віку були ідентичними.

Позитивні результати лікування відмічені у всіх хворих основної та контрольної груп. Однак, позитивна динаміка в основній групі була досягнута у 18 (72 %), тоді як у контрольній групі - у 9 (60 %) хворих.

Результати обстеження хворих за допомогою методики суб'єктивної офтальмометрії за методом W. Borhtein підтверджували позитивну динаміку відновлення функції нюху та регресу периферичної перцептивної дизосмії, що дає можливість використовувати запропонований спосіб лікування у фізіотерапевтичній, неврологічній, нейрохірургічній та отоларингологічній практиці при реабілітації хворих з перцептивною дизосмією та черепно-мозковою травмою, що сприятиме скороченню термінів лікування та відновленню функції нюху в повному обсязі, покращить якість життя хворих з даною патологією.

В порівнянні із прототипом, запропонований спосіб має ряд переваг:

- скорочення терміну лікування пацієнтів з перцептивною дизосмією;
- сприяє відновленню функції нюху в повному обсязі, що покращує якість життя хворих з даною патологією.

Література:

1. Акупунктура / Под. ред. И.З. Самосюка, В.П. Лысенюка. - М.: АСТ-ПРЕСС-КНИГА, 2004. - 543с.
2. Благовещенская Н.С. Отоневрологические симптомы и синдромы. - Москва: Медгиз, 1990. - 432с.
3. Гофман В.Р., Янов Ю.К., Глазников Л.А. Реабилитация при повреждениях и заболеваниях ЛОР - органов в СА и ВМФ. - Л.: ВМедА. - 1990. - 28с.
4. Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Бурд Г.С. Неврология и нейрохирургия. - Москва: Медицина, 2000. - 656с.

5. Клиническое руководство по черепно-мозговой травме / Под ред. А.Н. Коновалова, Л.В. Лихтермана, А.А. Потапова, Т.1.- Москва: Антидор, 1998. - С.331-334.

6. Компендиум 2004 - лекарственные препараты / Под ред. В.Н. Коваленко, А.П. Викторова. - К.: МОРИОН, 2004. - 1664с.

7. Нервові хвороби / За ред. С.М. Вінничука, Є.Л. Дубенка. - Київ: Здоров'я. 2001. -696с.

8. Овчинников Ю.М., Морозова С.В., Минор А.В. Нарушения обоняния (вопросы теории, диаг-

ностики, лечения). - Москва: Медицина, 1999. - 155с.

9. Оржешковский В.В., Оржешковский Вас.В. Лекции по общей физиотерапии. - К.: Куприянова Е.А., 2005. - 368с.

10. Пономаренко Г.Н. Общая физиотерапия. - К.: Куприянова О.О., 2004. - 384с.

11. Улащик В.С., Лукомский И.В. Общая физиотерапия. - Мн.: Интерпресс Сервис. -2003.-511с.

12.
[http://www.volgmed.ru/science/s/recommendation14hardness of hearing in-children.pdf](http://www.volgmed.ru/science/s/recommendation14hardness%20of%20hearing%20in%20children.pdf)