

Корисна модель відноситься до медицини, а саме, до фізіотерапії і може бути використана в ранньому післяопераційному періоді в хворих після дисектомії.

Відомим є спосіб фізіотерапевтичного лікування неврологічних проявів поперекового остеохондрозу впливом таких фізичних факторів, як УВЧ, магнітне поле на область ураженого хребтово-рухового сегменту або на остеофіброзні тригерні точки, з метою знеболювання, трофічного впливу на ці утворення (Васильєва-Линецькая Л.Я., Тондін Л.Д., Кадырова Л.В. Принципы и особенности использования лечебных физических факторов у больных остеохондрозом позвоночника// Клиника, лечение и профилактика заболеваний нервной системы. Казань, 1988).

До недоліків способу належить те, що не враховують порушення об'ємного кровообігу у хворих.

Найбільш близьким і обраним як прототип є спосіб реабілітації хворих після дисектомії, що включає фізіотерапевтичний вплив у вигляді лазеротерапії на рухливі точки уражених нервів у червоному діапазоні і на відповідні зони випромінюванням лазера в червоному і інфрачервоному діапазонах. Лікування починають на 2-3 день після операції (Комплексная реабилитация больных в раннем и позднем послеоперационном периоде после дискэктомии/ Н.Ф. Мирютова, Е.В. Левицкий// Вопросы курортологии. -1999. -№3. -С.28-31).

Недоліки способу пов'язані з тим, що вплив здійснюють тільки на рухливі точки уражених нервів, що не дає змоги покращити об'ємний і периферичний кровотік. В зв'язку з тим, що у цих хворих існують порушення периферичного кровотоку і компенсаторні з боку центрального кровообігу, необхідно зменшити навантаження на гіпертрофований міокард для покращення периферичного кровообігу.

В основу корисної моделі поставлена задача удосконалення способу реабілітації хворих після дисектомії, в якому за рахунок зміни характеру впливу, досягається поліпшення об'ємного і периферичного кровотоку, зменшення навантаження на гіпертрофований міокард, за рахунок чого поліпшується кровообіг хребта.

Поставлена задача вирішується в спосіб реабілітації хворих після дисектомії шляхом фізіотерапевтичного впливу, відповідно до винаходу, вплив здійснюють імпульсними струмами низької частоти у випрямленому імпульсному режимі, тривалістю посилок-пауз по «2,5-2,5» на зону гомілок білатерально по 10 хвилин з кожної сторони, процедуру проводять щодня, курс лікування 5-10 сеансів.

Імпульсні струми низької частоти в режимі електростимуляції поліпшують об'ємний кровотік у нижніх кінцівках, у тому числі в уражених сегментах спинного мозку. Як наслідок, у хворих відзначається позитивна спрямованість динаміки системного кровотоку (реакція АТ і ЧСС, серцевого викиду). У результаті поліпшуються обмінні процеси в м'язах нижніх кінцівок і хребті, зменшується виразність неврологічних проявів остеохондрозу хребта (болючий синдром, рухові і чуттєві порушення, вегетативно-трофічні розлади). Також відомим є вплив на стан мембран нервової і м'язової тканини, результатом чого являється генерація потенціалів дії.

Спосіб, що заявляється, здійснюють у такий спосіб.

Хворому після операції з приводу дисектомії проводять фізіотерапевтичне лікування, що полягає в призначенні імпульсних струмів низької частоти від апарата «Стимул» у випрямленому імпульсному режимі тривалістю посилок-пауз по «2,5-2,5» на зону гомілок білатерально по 10 хвилин з кожної сторони. Процедуру проводять щодня. На курс лікування 5-10 сеансів.

Імпульсні струми низької частоти від апарата «Стимул» являють собою синусоїдальні струми в безупинному режимі, що несуть частоту 2000Гц. В імпульсному режимі існують 4 варіанти тривалості посилок і пауз: 2,5-2,5, 2,5-5,0, 5,0-10,0, 10,0-50,0.

У випрямленому режимі струм здобуває полусинусоїдальну форму. У механізмі дії основна роль належить перерозподілу іонного складу клітки, тканин і органів.

Імпульсний характер струму сприяє стимуляції функції нервово-м'язового апарата, робить первинний знеболюючий ефект, протинабряклий, трофічний.

Приклад 1

Хворий Р., 1949р.н. Знаходився на лікуванні з 13.11.03 по 03.12.03р. Скарги на болі в поперековій області, правій нозі, оніміння в правій нозі, головні болі.

Анамнез хвороби: уперше болі в попереку з'явилися 15 років тому. Лікувався амбулаторно і стаціонарно за місцем проживання з поліпшенням. Періодично болі в попереку загострювалися, приєдналися болі в правій нозі. 20.03.03р. після чергового загострення хворому у лікарні зроблена операція - видалення грижі диска L4-L5 праворуч. Після операції болі в нозі зменшилися. Виписаний зі стаціонару з поліпшенням. За останній місяць з'явилися болі у верхньому-поперековому відділі хребта. Направлений на відновлювальне лікування.

Анамнез життя: зрідка простудні захворювання.

Об'єктивно: загальний стан задовільний. Шкіра і видимі слизувати чисті. У легенях везикулярний подих. Серцеві тони приглушені, ритмічні. Пульс 76уд/хв., ритмічний. Живіт м'який, безболісний.

Неврологічний статус: черепно-мозкові нерви без особливостей. Тонус м'язів на кінцівках звичайний, рівномірний. Сухожилльні рефлекс на руках живі, рівномірні. Колінні рефлекс торпідні, ахіллові пригніблені. Гіпестезія по зовнішній поверхні правої гомілки. Нахили тулуба обмежені через біль. Хворобливість при пальпації остистих відростків L1-L5.

ЕКГ: ритм синусовий, вірний. Відхилення електричної вісі серця вліво. Переднь-лівий напівблок.

На рентенограмі поперекового відділу - 6 поперекових хребців. L6-перехідний лімбо-сакральний хребець. Остеохондроз L4-L5, L5-L6.

Діагноз: корінцевий синдром L5 праворуч, люмбалгія внаслідок остеохондрозу L3-L4, L4-L5, L5-L6. Хронічний плин, стадія загострення, стан після операції видалення грижі диска L4-L5 праворуч 20.08.03р.

Хворому проведений 10 денний курс електростимуляції м'язів гомілок по способу, що заявляється. У результаті лікування в хворого зменшилася виразність болючого синдрому, чуттєвих і рухових розладів, прояву анізоREFлексії.

Периферичний кровотік покращився, а саме, амплітуда периферичної реограми ліворуч змінилася від 0,36од. до 0,71од., праворуч - від 0,31од. до 0,62од. Поряд з цим відзначене зменшення тахікардії (ЧСС змінилася від 80-85уд/хв до 60-67уд/хв). Відбулося зниження діастолічного артеріального тиску від 100мм.рт.ст. до 90-95мм.рт.ст.

Таким чином, запропонований спосіб реабілітації хворих після дисектомії дозволяє за рахунок стимуляції усієї групи м'язів обох гомілок покращити функції м'язового апарата кінцівок і покращити об'ємний і периферичний кровотік. Покращуючи периферичний кровотік, зменшується навантаження на гіпертрофований міокард, що створює умови для оптимального кровообігу хребта.