

Изобретение относится к медицине, в частности к невропатологии и физиотерапии.

Известен способ лечения вегетативных кризов солитарного происхождения путем электрофореза лекарственных веществ (2% раствор кальция хлорида) на надчревную область и применения седативных препаратов.

Недостатками вышеописанного способа являются: отсутствие потенцирующего эффекта при воздействии гальванического тока и транквилизатора на область проекции солнечного сплетения, выраженные побочные действия транквилизатора (сонливость, головокружение, атаксия и др.) и быстрое разрушение препарата в организме при оральном или парентеральном введении. Отсутствует возможность депонирования транквилизатора в мягких тканях брюшной стенки, что сокращает его время действия. Не подавляются болевые ирритативные очаги патологической импульсации, иногда более болезненные, чем первичный очаг и приводящие к генерализации процесса по восходящим вегетативным путям в центры ВНС. Кроме того, при смещении сплетения патологическим процессом брюшной полости или при спланхноптозе, а также изменении его формы электрофорез малоэффективен.

В основу изобретения поставлена задача усовершенствования способа лечения солитарита и вегетативных расстройств солитарного происхождения, в котором за счет местного воздействия на болевые очаги и ликвидации патологической импульсации в надсегментарные уровни ВНС повышается эффективность лечения, в результате влияния как на периферические так и центральные вегетативные структуры, вовлеченные в патологический процесс.

Поставленная задача решается тем, что осуществляют электрофорез лекарственного вещества на надчревную область и применяют седативные препараты, согласно изобретению, пальпацией солитарных точек уточняют локализацию солнечного сплетения в брюшной полости и на его проекцию проводят электрофорез с 3% раствором феназепама при плотности тока  $0,05-0,2 \text{ мА/см}^2$ , в течение 15-20 мин, затем облучают кожные зоны проекции очагов ирритации более расфокусированным лучом гелий-неонового лазера до одной минуты на каждую зону, ежедневно или через день, причем плотность потока мощности  $0,5-1 \text{ мВт/см}^2$ .

Пальпаторно воздействуют на точки солнечного сплетения и определяют область его проекции на брюшную стенку, что позволяет уточнить его локализацию в брюшной полости, куда накладывают активный электрод (катод), размером  $5 \times 10 \text{ см}$ , затем проводят электрофорез 3% раствора феназепама при плотности тока  $0,05-0,2 \text{ мА/см}^2$ , в течение 15-20 мин. Тем самым уменьшая болезненность солнечного сплетения, т.е. очаг патологической импульсации. После чего облучают зоны наибольшей болезненности, т.е. очаги ирритации, поддерживающие патологический процесс и приводящие к генерализации импульсов по путям ВНС в ее центральные образования, гелий-неоновым лазером (ГНЛ) с длиной волны  $632,8 \text{ нм}$ , мощностью на выходе световода -  $25 \text{ мВт}$ , плотностью потока мощности  $0,5-1 \text{ мВт/см}^2$ . Длительность облучения зоны до 1 мин, количество зон не более четырех, т.к. увеличение времени действия и площади облучения тканей снижает его эффективность. Курс лечения состоит из 8-12 процедур, отпускаемых ежедневно или через день.

Примеры конкретного выполнения способа.

Пример 1. Больная З., 36 лет. Поступила с диагнозом: Солитарит. Жалобы на боли в животе сверлящего характера, усиливающиеся при изменении положения тела и отдающие в поясничную область по обеим сторонам позвоночника. При этом возникают коллаптоидные явления, вздутие живота, вегетативно-сосудистые расстройства, чувство страха смерти. Приступы продолжительностью 30-50 мин заканчивались рвотой и обильным жидким стулом. В последний месяц боли носили постоянный характер независимо от приема пищи, приступы участились до ежедневных.

Страдает хроническим гастритом, гастроптозом, перенесла операцию по поводу гнойного сальпингоофорита. При пальпации болевые солитарные точки смещены к пупку. Активный электрод наложен на границе эпигастриальных областей по средней линии живота поперечно. Проведено 10 процедур феназепам-ЭФ на область проекции солнечного сплетения при плотности тока  $0,1 \text{ мА/см}^2$ , в течение 15 мин, после чего облучались ирритационные зоны наибольшей болезненности расфокусированным лучом ГНЛ, диаметром  $5 \text{ см}$  на поясничную область ( $8 \text{ см}$  слева и справа от первого поясничного позвонка), с плотностью потока мощности  $1 \text{ мВт/см}^2$ , длительность облучения зон - по 1 мин, количество процедур - 10.

После лечения, внезапные развернутые солитарные пароксизмы с иррадиацией в поясницу прекратились. Отмечаются лишь неприятные ощущения при надавливании на область проекции солнечного сплетения с силой более  $5 \text{ кг/см}^2$ . Интенсивность болевых вегетативных пунктов Маркелова-Бирб-раира снизилась до слабой (1-2 балла). Изменения поверхностной чувствительности и рефлекторной сферы отсутствовали. Нормализовалась функция органов брюшной полости и малого таза. При дистантной термографии отмечено исчезновение зоны повышенного инфракрасного излучения в области проекции солнечного сплетения. Больная выписана в удовлетворительном состоянии. Трудоспособна.

Пример 2. Больная ЛУ., 44 года. Поступила с диагнозом: Гипоталамический синдром, висцерально-сосудистая форма; кризовые состояния смешанного характера.

Жалобы на жгучие боли в верхней части живота, отдающие в левое подреберье и область пупка, сопровождающиеся "урчанием", позывами на мочеиспускание и стул, бледностью кожных покровов, сердцебиением, повышением артериального давления до  $140/80 \text{ мм рт.ст.}$ , головокружением и головной болью. Приступ длится 20-40 мин, после чего наступает резкая слабость, адинамия. В межприступном периоде - частые запоры, снижение аппетита. Указанные явления возникли около года назад на фоне хронического аднексита.

Назначены ежедневные процедуры, феназепам-ЭФ на область проекции солнечного сплетения по вышеописанной методике с последующим облучением ГНЛ зон наибольшей болезненности левого подреберья и пупка лучом диаметром  $5 \text{ см}$ . Количество процедур - 8.

В результате проведенного лечения состояние больной значительно улучшилось. Генерализованные вегетативные кризы прекратились после первых процедур. По окончании лечения абдоминальные боли и дискинезии желудочно-кишечного тракта не отмечались.

Алгическая кривая изменилась от непрерывной и интенсивной (4-5 баллов) до слабоинтенсивной по нижнему алгическому типу. Имевшаяся гиперестезия в области пупка не определяется. Уменьшился гипергидроз ладоней и подмышечных впадин. Длительность и время появления разлитого красного дермографизма сократилась. При трансцеребральной доплерографии отмечена тенденция к снижению ангиоспазма сосудов вертебробазилярного бассейна. На ЭЭГ увеличилась амплитуда и регулярность  $\beta$ -ритма. РЭГ - улучшение мозгового кровенаполнения в мозговых артериях. Дистантная термография - снижение инфракрасного излучения в области проекции солнечного сплетения, выравнивание проксимально-дистального градиента, термоасимметрий нет. Выписана в удовлетворительном состоянии с восстановленной трудоспособностью. За истекшие три месяца жалоб не предъявляет.

Таким образом, применение вышеописанного способа лечения позволяет повысить эффективность терапии солитарной и вегетативных расстройств солитарного проис-

хождения, оказывая влияние как на периферические, так и на центральные вегетативные структуры, вовлеченные в патологический процесс. Причем местное воздействие на пораженное солнечное сплетение, снижая рецепторную чувствительность, длительность фаз воспаления, улучшая кровообращение тканей, уже с первых процедур купирует абдоминальные боли, дискинезии желудочно-кишечного тракта в виде спазма, колик, метеоризма и др. Изменяется чувствительность в соответствующих зонах Захарьина-Геда. Подавляются ирритативные очаги излучением ГНЛ, обладающего противоболевым, седативным и ганглероно-подобным действием и прерывающего патологическую импульсацию по вегетативным путям в вышележащие отделы ВНС, чем исключается возможность возникновения генерализованных вегетативных кризов, кроме этого, ГНЛ нормализует как симпатические, так и парасимпатические реакции.

В процессе лечения исчезает яркая эффективная окраска пароксизмов. Значительно пролонгируется терапевтический эффект, сокращаются сроки лечения по сравнению с прототипом.

Применение фотоэлектрофармакологического комплекса благоприятно влияет на все звенья патогенеза солитаритов и развивающиеся синдромы надсегментарного уровня в ВНС.