



УКРАЇНА

(19) UA (11) 39956 (13) U
(51) МПК (2009)
A61N 2/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту**(54) МОДИФІКАЦІЯ СПОСОБУ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФІЧНИМИ ЗМІНАМИ ПОПЕРЕКОВО-КРИЖОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА З ВИРАЖЕНИМ БОЛЬОВИМ СИНДРОМОМ, ОБУМОВЛЕНИМ М'ЯЗОВИМ СПАЗМОМ, З ВИКОРИСТАННЯМ УЛЬТРАФОНОФОРЕЗУ**

1

2

(21) u200809500

(22) 21.07.2008

(24) 25.03.2009

(46) 25.03.2009, Бюл.№ 6, 2009 р.

(72) ЖДАНОВА ВАЛЕНТИНА МИКОЛАЇВНА, UA,
ПЕДАЧЕНКО ЄВГЕН ГЕОРГІЙОВИЧ, UA, ТРИ-
БЕЛЬ ОЛЕНА ВОЛОДИМИРІВНА, UA, БОГОМАЗ
ГАЛИНА ІВАНІВНА, UA, ГРАБАРЧУК ОЛЕНА ЮРІ-
ЇВНА, UA(73) ІНСТИТУТ НЕЙРОХІРУРГІЇ ІМ. А.П. РОМО-
ДАНОВА АМН УКРАЇНИ, UA

(57) Модифікація способу лікування хворих з дегенеративно-дистрофічними змінами попереково-крижового відділу хребта з вираженим больовим синдромом, обумовленим м'язовим спазмом, з використанням ультрафонофорезу, яка **відрізняється** тим, що протягом 10-12 днів щоденно на попереково-крижовий відділ хребта проводять ультрафонофорез суміші 1% гідрокортизоназової мазі з 1мл (ампула) мідокалму тривалістю 8-10 хвилин.

Спосіб лікування відноситься до медицини, зокрема фізіотерапії, неврології та ортопедії і може бути використаним для лікування хворих з больовим синдромом, обумовленим м'язовим спазмом.

Відомі способи лікування хворих з больовим синдромом, обумовленим м'язовим спазмом, які призначаються враховуючи стадію захворювання: постільний режим, нестероїдні протизапальні препарати, анальгетики, міорелаксанти, новокаїнові блокади, компреси у гострий період та хондропротектори, нестероїдні протизапальні препарати, мануальна терапія, рефлексотерапія, ультразвукова терапія, магнітотерапія, вправи ЛФК та санаторно-курортне лікування у підгострій та хронічній стадіях [2, 3, 4]. В гострій та підгострій стадіях застосовується ультрафонофорез 1% гідрокортизоназової мазі [2].

Диференційоване застосування ультразвуку в терапевтичних дозах при больових синдромах, обумовлених м'язовим спазмом у хворих з дегенеративно-дистрофічними змінами попереково-крижового відділу хребта обумовлене вираженою протизапальною, протiboldьовою, спазмолітичною дією ультразвукових коливань [5, 7], що значно посилюється в поєднанні з гідрокортизоном і спричиняє виражену протизапальну дію, покращує кровообіг та обмінно-трофічні процеси, сприяє регенерації тканин. В підгострій та хронічній стадії захворювання вагомим компонентом синдрому больового рефлекторного м'язового спазму є біль.

При лікуванні больових синдромів застосовується ультрафонофорез 1% гідрокортизоназової мазі. Цей спосіб лікування є найбільш близьким до заявленого і взятий нами за прототип.

Спосіб-прототип здійснюється таким чином: в положенні хворого лежачи на животі на шкіру попереково-крижового відділу хребта наноситься тонким шаром 1% гідрокортизоназова мазь. Процедура проводиться хворому лежачи, за лабільною методикою при легкому притисканні головки ультразвукового випромінювача до шкіри попереково-крижового відділу хребта круговими та повздожними плавними рухами, потужністю ультразвукового випромінювання 0,4-0,7Вт/см² у постійному режимі, тривалістю 8-10 хвилин, протягом 10-12 днів з перервою на вихідні.

Реабілітація пацієнтів з больовими синдромами, обумовленими м'язовим спазмом, незважаючи на застосування нових лікарських препаратів і вдосконалення методик лікування, не завжди успішна. В результаті сформувалась група хворих, резистентних до загальноновизнаних методик. Тому пошук нових, ефективних, патогенетично обґрунтованих методик лікування є актуальним [1, 2, 4, 5].

Задачею нашої корисної моделі є створення способу лікування, що дозволить скоротити термін лікування та сприятиме регресу больового синдрому, обумовленого м'язовим спазмом.

(13) U

(11) 39956

(19) UA

Поставлена задача вирішується тим, що протягом 10-12 днів щоденно на попереково-крижовий відділ хребта проводять ультрафонофорез суміші 1% гідрокортизонової мазі з 1мл (ампула) мідокалму тривалістю 8-10 хвилин.

Мідокалм - міорелаксант центральної дії, що ефективно знижує болісний рефлексорний м'язовий спазм, зокрема м'язів спини, має анальгетичні властивості, покращує периферичний кровообіг. Толперизон (Мідокалм) перериває патологічне коло "біль-м'язовий спазм-біль", що базується на стабілізації клітинних мембран нейронів та блокуванні іонів натрію, при чому відбувається інгібування спінальних рефлексів [6, 8]. Виходячи з фармакологічних властивостей (анальгетичні, міорелаксуючі) та відсутність мажевої форми випуску розчин мідокалму використано в поєднанні з 1% гідрокортизоновою маззю шляхом ультрафонофорезу в лікуванні хворих з больовим синдромом, обумовленим м'язовим спазмом.

Спосіб лікування здійснюється таким чином: в положенні хворого лежачи на животі на шкіру попереково-крижового відділу хребта наноситься тонким шаром суміш 1% гідрокортизонової мазі з 1мл (ампула) мідокалму. Процедури проводять хворому лежачи, за лабільною методикою при легкому притисканні головки ультразвукового випромінювача до шкіри попереково-крижового відділу хребта круговими та повздожними плавними рухами, потужністю ультразвукового випромінювання 0,4-0,7Вт/см² у постійному режимі, тривалістю 8-10 хвилин, протягом 10-12 днів з перервою на вихідні.

Приклад 1

Хворий М-ко А.В., 49 років, звернувся зі скаргами на болі в поперековому відділі хребта, більше зліва, що посилювались при зміні положення тіла (нахилі в бік), оніміння лівої ноги. Хворіє 5 місяців, робота пов'язана з фізичним навантаженням. Діагноз: Остеохондроз поперекового відділу хребта, грижа диску L-4 - L-5 з вираженим лівостороннім м'язово-тонічним рефлексорним больовим синдромом. Проведені в стаціонарі та амбулаторно за місцем проживання курси медикаментозного та фізіотерапевтичного лікування виявились малоефективними. Об'єктивно: рухи в попереково-крижовому відділі хребта обмежені. Синдром Ласега позитивний зліва. При пальпації болісне напруження м'язів поперекового відділу хребта, більше зліва. Рентгенологічно виявляється остеохондроз L-4 - L-5 та L-5 - S-1, деформуючий спондилоз L-1 - L-2, L-3 - L-4, спондилоартроз L-4 - L-5. При МРТ обстеженні виявлена протрузія міжхребцевого диска на рівні L-4 - L-5 2,1мм. Хворому був проведений комплекс відновного лікування із застосуванням ультрафонофорезу суміші 1% гідрокортизонової мазі з 1мл мідокалму. В процесі лікування після 4-го сеансу стан хворого покращився, зменшились болі, після 8-го сеансу зникло оніміння лівої ноги, больовий синдром регресував, нормалізувалась хода. Хворому проведено 12 сеансів, виписаний в задовільному стані.

Приклад 2

Хвора В-на Т.С., 35 років, звернулась з приводу лівосторонньої люмбоішіалгії з м'язево-тонічними та вегетативно-судинними порушеннями. Хворіє на протязі 3 місяців. Проведені в стаціонарі за місцем проживання курси медикаментозного та фізіотерапевтичного лікування виявились малоефективними. Об'єктивно: кут нахилу вперед до 60°, назад в межах 10°-15°, слабопозитивний синдром Ласега. Підвищення тону, спазм паравертебральних м'язів, болісність при пальпації. Рентгенологічно виявляється остеохондроз L-1 - S-1, спондилоартроз L-4 - L-5. При МРТ обстеженні даних за протрузію міжхребцевих дисків не отримано. Хворій був проведений комплекс відновного лікування із застосуванням ультрафонофорезу суміші 1% гідрокортизонової мазі з 1мл мідокалму. В процесі лікування після 2-го сеансу стан покращився, зменшились болі, після 7-го сеансу больовий синдром регресував, знизився тонус спазмованих паравертебральних м'язів, нормалізувалась хода. Хворій проведено 10 сеансів, виписана в задовільному стані.

Запропонований спосіб лікування був апробований в фізіотерапевтичному відділенні ДУ "Інституту нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова АМН України". Лікування проводилось 42 хворим. Для порівняння була взята група хворих із 21 пацієнта, 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.

Больові синдроми, обумовлені м'язовим спазмом є найбільш показовими при оцінці ефективності лікування із застосуванням ультрафонофорезу суміші 1% гідрокортизонової мазі з 1мл мідокалму, бо в даних випадках формується патологічне коло "біль-м'язовий спазм-біль" і не може бути мови про самовиліковування, тим більше, що попередні різноманітні методи лікування виявлялись, як правило малоефективними. Позитивні результати лікування відмічені у всіх хворих основної та контрольної груп. Однак, повний регрес больового синдрому в основній групі було досягнуто у 31 (73,8%) хворих, тоді як в контрольній групі - у 13 (61,9%) хворих.

Результати об'єктивного дослідження підтверджували позитивну динаміку регресу больового синдрому обумовленого м'язовим спазмом у пацієнтів з дегенеративно-дистрофічними змінами попереково-крижового відділу хребта, що дає підставу рекомендувати запропонований спосіб лікування до використання у фізіотерапевтичних, неврологічних та ортопедичних відділеннях.

В порівнянні із прототипом, запропонований спосіб має ряд переваг:

- скорочення терміну лікування пацієнтів з больовими синдромами, що сприяє покращенню якості життя;

- за рахунок використання мідокалму, відбувається регрес больового синдрому, обумовленого м'язовим спазмом.

Література:

1. Акимов Г.А., Одинак М.М. Дифференциальная диагностика нервных болезней: Руководство для врачей. СПб.: Гиппократ, 2000. - С.54-63.

2. Белова А.Н. Нейрореабилитация: руководство для врачей. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: Антидор, 2002г. - 736с.

3. Маркин С.П. Лечение больных с неврологическими проявлениями остеохондроза // Вопр. курортологии, физической терапии и лечебной физкультуры. - 2005. - №2. - С.36-38.

4. Немедикаментозное лечение в клинике внутренних болезней // Под. ред. Серебриной Л.А., Середюка Н.Н., Михно Л.Е. - Киев: Здоров'я.-1995. - С.208.

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

6. Поворознюк В.В. Боль в нижней части спины // Діагностика та лікування. - 2004. - №3. - С.31-36.

7. Улащик В.С. Низкочастотный ультразвук, действие на организм, лечебное применение и перспективы исследований // Вопр. курортологии, физической терапии и лечебной физкультуры. - 2000. - №6. - С.3-8.

8. Хабиров Ф.А., Хабиров Р.А. Мышечная боль. - Казань: Книжный дом, 1995. - 208с.