

Винахід стосується медицини, а саме кардіології та нейровегетології, і призначений для лікування цефалгії у хворих з артеріальною гіпертензією при шийно-грудному остеохондрозі.

Поміж вторинних (симптоматичних) артеріальних гіпертензій розрізняють артеріальну гіпертензію, зумовлену шийно-грудним остеохондрозом хребта, яка у більшості випадків проявляється цефалгією - головним болем у певних ділянках голови.

У лікуванні такої цефалгії важливе місце займають антигіпертензивні, знеболювальні та інші медикаментозні засоби [1], які поряд з ефектом тамування болю і зниження артеріального тиску (АТ) можуть спричинити побічні ефекти (алергічні, індивідуальна непереносимість препарату тощо) як в період тривалого лікування хворого, так і під час одноразового прийому ліків. Нерідко не вдається досягнути інволюції цефалгії навіть комбінуючи кілька препаратів. Лише медикаментозної терапії недостатньо для досягнення інволюції цефалгії, тому її поєднують з фізичними впливами.

Так, відомий спосіб лікування цефалгії при різних захворюваннях прийомом точкового масажу [2] за використання заспокійливої методики шляхом кругових погладжувальних кожної точки впродовж 3-5хв. Симетричні точки масажують одночасно. Дію на точки 4, 10-13 проводять тонізуючим методом шляхом глибокою натискання з обертанням і вібрацією протягом 0,5-1хв. Використовують такі точки: 1 (сюан-лі), 2 (тай-ян), 3 (фен-чі), 4 (хе-гу), 5 (і-фен), 6 (юй-яу), 7 (цін-мін), 8 (кунь-лунь), 9 (чжі-інь), 10 (цзу-сань-лі), 11 (ле-цюе); 12 (цзин-мень), 13 (шень-шу).

При цьому способі лікування не діагностують і не враховують високорефлексогенні зони відповідно до рівнів сегментарних уражень периферичної нервової системи і відповідних нейровегетативних структур, які можуть зумовлювати порушення мікроциркуляції у вибіркових ділянках головного мозку. Немає, точних анатомічних параметрів для знаходження точок масажу, неясно, як проводити масаж - за чи проти годинникової стрілки. Складна технологія впливу па кожну з точок, часто суб'єктивне визначення і підбір вибіркових точок сеансу масажу, що не може забезпечити стійкий ефект лікування цефалгії.

Найближчим аналогом (прототипом) є спосіб лікування головного болю (цефалгії), зумовленого шийним остеохондрозом хребта [3], коли для проведення голкотерапії в перших двох сеансах застосовують І варіант гальмівного методу, а в наступних сеансах ІІ варіант. Використовують точки Фен-чі VB-20, тун-тян V-7, нао-кун VB-19, тянь чж-в V-10, хоу-дин T-19, тоу-цяо-інь VB-11, чі-цае P-5, тянь-цюань IG-11, вань-гу 1G-4. За процедуру впливають на 3-5 точок. Голки знаходяться в точках акупунктури 20 хв. курс лікування 7-10 сеансів. Причому кращий ефект від лікування спостерігається при акупунктурі в точці шийної ділянки ззаду. При акупунктурі цієї точки методом сильного подразнення можна отримати задовільний ефект, а при впливі на інші точки ефект частіше мало виражений.

Дана методика є інвазивною, проводиться в умовах асептики, потребує стерилізації інструментарію, спеціальної тривалої підготовки голкотерапевта. Проведення процедури складне, крім того, найбільш ефективна точка акупунктури цюе-пень одна, яку складно знайти, вона дуже болісна. При лікуванні не враховують різновиди конкретної локалізації болю, що не дозволяє диференційовано підходити до лікування цефалгії. Акупунктуру проводять протягом 20хв. тривалий курс і лікування - 7-10 сеансів. Використання методики підлягає суб'єктивній оцінці лікаря без визначення високорефлексогенних зон. При цьому способі лікування не враховано локалізації головного болю і механізмів його виникнення при різновидах артеріальної гіпертензії.

Задача винаходу - підвищити ефективність лікування цефалгії у хворих з артеріальною гіпертензією при шийно-грудному остеохондрозі за рахунок корекції нейровегетативного функціонального стану у вибіркових сегментах і відповідних нейровегетативних структурах.

Технічний результат - впровадження запропонованого способу лікування в клінічну практику дозволяє досягати швидкої інволюції цефалгії у хворих з артеріальною гіпертензією при шийно-грудному остеохондрозі при зменшенні тривалості процедури і курсу лікування.

Згідно з винаходом, спосіб лікування цефалгії у хворих з артеріальною гіпертензією при шийно-грудному остеохондрозі здійснюють таким чином: на тлі стандартної медикаментозної терапії (антигіпертензивні, знеболювальні, спазмолітичні препарати тоно) в сидячому або в лежачому положенні хворого в ранкові години (о 8-10 години) щоденно впливають впродовж 2хв. поліхроматичним некогерентним лінійним плоскою поляризованим світлом (P1LRR-Polarized Polychromatic Incoherent Low-Energy Radiation) з низькою інтенсивністю випромінювання апарату "Біоптрон" (потужність лампи 20Вт. [цілісність потужності лампи 40мВт/см<sup>2</sup>, діаметр світлового пучка 4см, довжина хвилі 480-3400нм) на уражену вентральну і дорзальну високорефлексогенні зони вибіркових нейромасерів, виключаючи прилад з появою звукового сигналу. Такі фізичні параметри джерела, як-спектр, форма та лінійна поляризація електромагнітного поля дозволяють йому проникати на 2,5см від поверхні шкіри та чинити позитивні біологічні ефекти на уражені структури, а проведення процедур в ранкові години є найбільш (фізіологічним). Як показав клінічний досвід, на курс необхідно 5-7 процедур у залежності від індивідуальної реакції організму на лікування. Вказані цифрові параметри підібрані дослідним шляхом з урахуванням динаміки клініко-нейровегетативних і тензоалгезиметричних показників.

Таким чином, при використанні ПАЙЛЕР-світла на тлі медикаментозної терапії виникає виражений позитивний ефект, зумовлений його впливом на нейромасерні зони автономної іннервації уражених нейровегетативних структур в межах вибіркових сегментарних рівнів, а саме: швидка інволюція цефалгії внаслідок покращання нейровегетативних регуляторних функцій, зниження АТ.

Тому відмінні ознаки заявленого технічного рішення відповідають критерію винаходу "Суттєві відмінності".

Конкретні приклади втілення винаходу.

Приклад 1

Хворий Б., 54р., історія хвороби №7310. Клінічний діагноз: Артеріальна гіпертензія ІІІ ст. на тлі остеохондрозу хребта на рівні С<sub>2</sub>-С<sub>4</sub>, цефалгія. При поступленні скарги па головний біль у скроневих ділянках постійного характеру та у верхній ділянці шийного відділу хребта, періодичні запаморочення голови. Хворіє упродовж 8 років. Лікування проводилось еналаприлом по 10мг 2 рази на добу, верапамілом - по 10мг 2 рази на добу, пірацетамом - по 1табл. 3 рази на добу, але лікування недостатньо випинало па стан хворого, якого продовжував турбувати переважно постійний головний біль у скроневих ділянках. При дослідженні нейровегетативної системи з позиції нейромасерної діагностики клінічно і тензоалгезиметрично було виявлено: пульс 88уд./хв.,

напружений, АТ в межах 230/115-220/100мм рт.ст., явища гіперпатії і значне зниження величини порога больової чутливості склеротомної тканини в ділянках сегментів С<sub>2</sub>-С<sub>4</sub> (4,0кг/см<sup>2</sup>, норма - 10,5кг/см<sup>2</sup>), нейросудинних високорефлексогенних зон верхніх кінцівок (1,8кг/см<sup>2</sup>, норма - 8,1кг/см<sup>2</sup>). Призначено в комплексі з медикаментозною терапією лікування заявленим способом. Сеанси проводились щоденно вранці до сніданку в сидячому положенні хворого. Вплив ПАЙЛЕР-світлом на ділянки високорефлексогенних зон (з правого і лівого боку вентральних ділянок на рівні проекції сегментів шийного відділу хребта С<sub>2</sub>-С<sub>4</sub> і медіальне в високорефлексогенних зонах нейросудинних ділянок верхніх кінцівок) проводився один раз на добу впродовж 6 днів. Після кожного сеансу спостерігалось значне покращення стану хворого. Зменшувався головний біль, після другого сеансу зникли запаморочення голови. Після курсу лікування у хворого повністю зникла цефалгія, що підтверджувалось як клініко-нейровегетативним оглядом, так і тензоалгізиметрично. Пульс 84уд./хв., задовільних властивостей, АТ в межах 145/90-140/90мм рт.ст.: підвищився поріг больової чутливості в ділянках склеротомної тканини до 8,6кг/см<sup>2</sup>, нейросудинних ділянок - до 4,7кг/см<sup>2</sup>, що суттєво не відрізнялося від норми.

#### Приклад 2

Хвора Н., 56р., історія хвороби №7436. Клінічний діагноз: Артеріальна гіпертензія ІІст. на тлі розповсюдженого остеохондрозу хребта, ускладненого на рівні С<sub>4</sub>-С<sub>5</sub> радикальним больовим синдромом, цефалгією. При поступленні скарги на головний біль у тім'яних ділянках постійного характеру та у середній ділянці шийного відділу хребта. Хворіє 9 років. Лікування проводилось еналанрилом по 10мг 2 рази/добу, верапамілом 10мг 2 рази/добу, ношпою - 1табл. 2 рази/добу, пірацетамом - 1табл. 3 рази/добу, але стан хворого покращав недостатньо, продовжував турбувати переважно постійний головний біль у тім'яних ділянках. При дослідженні нейровегетативної системи з позиції нейрометамерної діагностики клінічно і тензоалгізиметрично було виявлено: пульс 92 удари/хв. напружений. А 1 в межах 195/100-190/95мм рт. ст., явища гіперпатії і значне зниження величини порога больової чутливості склеротомної тканини в ділянках сегментів С<sub>4</sub>-С<sub>5</sub> до 4,0кг/см<sup>2</sup> (норма - 10,5кг/см<sup>2</sup>), в зонах проекції середніх шийних вегетативних гангліїв - до 3,0кг/см<sup>2</sup> (норма - 10,5кг/см<sup>2</sup>). Призначено в комплексі з медикаментозною терапією лікування заявленим способом. Сеанси проводились щоденно в період до сніданку. Вплив ПАЙЛЕР-світлом на ділянки високорефлексогенних зон (дорзальне з правого і лівого боку шийного відділу хребта на рівні нейрометамерів С<sub>4</sub>-С<sub>5</sub> і в високорефлексогенних зонах проекції середніх шийних вегетативних гангліїв) проводився один раз на добу. Після кожного сеансу спостерігалось значне покращення стану хворого. Зменшувався головний біль, після другого сеансу нетурбувало головокружіння, зник біль у ділянці серця, після 5 сеансів лікування у хворого повністю куповано цефалгію, що підтверджувалось як клініко-нейровегетативним оглядом, так і тензоалгізиметрично: пульс 84 удари/хв., задовільних властивостей, АТ в межах 140/90-135/85мм рт.ст.; підвищення порога больової чутливості в ділянках склеротомної тканини до 8,6кг/см<sup>2</sup>, нейросудинних ділянок - до 8,0кг/см<sup>2</sup>. що суттєво не відрізнялося від норми.

#### Приклад 3

Хвора В., 66р., історія хвороби №7434. Клінічний діагноз: Артеріальна гіпертензія ІІ ст. на тлі остеохондрозу хребта, ускладненого на рівні С<sub>5</sub>-D<sub>1</sub> D<sub>1</sub> радикальним больовим синдромом. Цефалгія. Атеросклеротичний кардіосклероз. СН Іст. При поступленні скарги на головний біль у потиличній ділянці постійного характеру та у ділянці шийно-грудного відділу хребта, запаморочення голови, ниючий біль у верхній третині ділянки серця без іррадіації, задишку при фізичному навантаженні. Тривалість хвороби 13 років. Лікування проводилось еналаприлом - по 10мг 2 рази/добу, верапамілом - 10мг 2 рази/добу, баралгіном - 1табл. 3 рази/добу, пірацетамом - 1табл. 3 рази/добу, але лікування недостатньо впливало на стан хворої, головний біль у потиличній ділянці суттєво не зменшився. При дослідженні нейровегетативної системи ч позиції нейромегамерної діагностики клінічно і тензоалгізиметрично було виявлено: пульс 92уд./хв. напружений, ЛГ в межах 235/120-225/110 мм рт.ст., явища гіперпатії і значне зниження величини порога больової чутливості склеротомної тканини в ділянках сегментів С<sub>5</sub>-С<sub>8</sub> (3,5кг/см<sup>2</sup>. норма 10,5кг/см<sup>2</sup>), в зонах проекції задніх шийних вегетативних гангліїв (2,9кг/см<sup>2</sup>, норма 10,5кг/см<sup>2</sup>), нейросудинних ділянок (1,8кг/см<sup>2</sup>, норма 8,1кг/см<sup>2</sup>). Призначено в комплексі з медикаментозною терапією лікування заявленим способом. Сеанси проводились щоденно в період до сніданку. Вплив ПАЙЛЕР-світлом на уражені ділянки високорефлексогенних зон (нейрометамерів С<sub>5</sub>-С<sub>8</sub>, задніх шийних вегетативних гангліїв та нейросудинних точок верхніх кінцівок) проводився один раз на добу. Після кожного сеансу спостерігалось покращення стану хворої. Зменшувались головний біль, задишка, після другого сеансу зменшилося запаморочення, після четвертого сеансу зник біль у ділянці серця. Після 7 сеансів лікування у хворої повністю купована цефалгія. Позитивний лікувальний ефект підтверджений як клініко-нейровегетативним дослідженням, так і тензоалгізиметрично. Пульс 84уд./хв., задовільних властивостей, АТ в межах 145/90-140/90мм рт.ст.: підвищення порога больової чутливості в ділянках склеротомної тканини до 8,6кг/см<sup>2</sup>. нейросудинних ділянок - до 7,8кг/см<sup>2</sup>, тобто до майже нормальних величин.

З наведених прикладів видно, що лікування заявленим способом забезпечує швидкий антицефалгічний ефект - аж до зникнення цефалгії за рахунок зниження артеріального тиску через сприятливий вплив на стан високорефлексогенних зон, очевидно, внаслідок покращання нейрогуморальної регуляції, мікроциркуляції в ділянках нейровегетативних ураженні з наступним знеболювальним ефектом.

За період з вересня по грудень 2003р. із умов терапевтичного стаціонару заявленим способом проліковано 27 хворих з цефалгією та артеріальною гіпертензією при шийно-грудному остеохондрозі. Отриманий 100% позитивний ефект, причому заявленого способу лікування цефалгії притаманна низка переваг перед прототипом [3], представлена в таблиці.

#### Література

1. Свищенко Е.П., Коваленко В.Н Гипертоническая болезнь. - Киев: Либідь, 2002. 502с.
2. Ибрагимова В.С. Точка... Точка? Точка! - Москва: Молодая гвардия. 1988. 254с.
3. Стояновский Д.С. Иглорефлексотерапия: Справочник - атлас. -Кишинев: Карта Молдовеняскэ. 1981 -268с.

Таблица

Співставлення заявленого способу з прототипом
---

Показник	Заявлений спосіб	Прототип
Тривалість сеансу	2хв.	20 хв.
Тривалість курсу лікування	5-7 днів	7-10 днів
Інвазивність способу	Ні	Так
Проведення процедури в умовах асептики	Ні	Так