



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **103975** (13) **U**
(51) МПК (2015.01)
A61B 10/00
A61F 7/00

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: u 2015 05965	(72) Винахідник(и): Трунова Світлана Василівна (UA), Никула Тарас Денисович (UA), Кондратюк Віталій Євгенійович (UA)
(22) Дата подання заявки: 17.06.2015	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 12.01.2016	(73) Власник(и): НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ, бул. Шевченка, 13, м. Київ-4, 01601 (UA)
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 12.01.2016, Бюл.№ 1	

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ОСТЕОХОНДРОЗУ ХРЕБТА З РАДИКУЛЯРНИМ БОЛЬОВИМ СИНДРОМОМ

(57) Реферат:

Спосіб лікування остеохондрозу хребта з радикулярним больовим синдромом включає застосування базової терапії та озокеритолікування. Додатково проводять методичне дозоване озокеритолікування з одночасним урахуванням змін локалізації високорефлексогенних зон вздовж ураженого нерва і щоденний точковий періостальний масаж у ділянках метамерних уражень хребта в динаміці лікування, шляхом щоденного накладання аплікацій озокериту з температурою +50 °С на 50 хвилин у ділянках суміжних високорефлексогенних зон з дозуванням їх по 3 аплікації зверху донизу, повторюючи 2-3 рази до повної інволюції симптоматики впродовж 6-9 сеансів.

UA 103975 U

Корисна модель, що заявляється, належить до медицини, а саме - ревматології, неврології, фізіотерапії, та призначена для лікування хворих на остеохондроз хребта з радикулярним больовим синдромом.

Остеохондроз хребта по розповсюдженості займає перше місце серед ревматичних захворювань і супроводжується прогресуючими дегенеративно-дистрофічними проявами, нейровісцеральними і больовими радикулярними синдромами. На даний час ранні клінічні прояви остеохондрозу хребта починаються уже у віці 25-30 років. Частіше хворі скаржаться на виражений біль вдовж ураженого нерва та у вибіркових ділянках хребта. Тривале порушення кровопостачання тканин може прискорювати дегенеративно-дистрофічні зміни одночасно, як в уражених нервових корінцях, так і в певних ділянках хребта, що може призводити до прогресування остеохондрозу хребта та виникнення його ускладнень. Клінічно це проявляється радикулярним больовим синдромом, припухлістю, трофічними, вазомоторними і функціональними порушеннями та призводить до тривалої непрацездатності хворих як молодого, так і зрілого, похилого віку, що знижує якість життя [2-3]. Тому ця проблема є актуальною, що зобов'язує ревматологів, фізіотерапевтів, невропатологів до пошуку нових способів лікування остеохондрозу хребта з радикулярними больовими синдромами, які б сприяли прискоренню інволюції клінічної симптоматики та попередженню виникнення ускладнень.

Відомий спосіб лікування хворих на остеохондроз хребта з радикулярним больовим синдромом, що полягає у застосуванні анальгетиків, зокрема ненаркотичних анальгетиків, розчину анальгину 50 % - 2 мл внутрішньом'язово, ацетамінофену в дозі 3 г на добу 3-5 днів при помірно вираженій больовій симптоматичі, а у випадку їх неефективності призначають наркотичні анальгетики - траматодолу гідрохлорид 50 мг - 3 рази на добу. В період загострення больових симптоматики - ібупрофен 1200 або 1800 мг на добу, або диклофенак натрію чи наклофен 50-100 мг на добу. Хворим із супутніми захворюваннями шлунка додатково призначають інгібітори ЦОГ-2: мелоксикам 7,5 мг на добу, целекоксиб 100-200 мг на добу та ін. При вираженому болю в проекції нерва впродовж тривалого лікування часто вводять внутрішньом'язово гормональні препарати пролонгованої дії, зокрема, дипроспан - 1,0 мл один раз на 10 діб. Крім того, призначаються препарати для покращення мікроциркуляції в ділянках хребта і нервових корінців - дипіридамом 75 мг на добу чи пентоксифілін 100 мг 3 рази на добу. Препарати кальцію, кальцемін по одній облатці 2 рази на добу.

Недоліками способу базисної терапії є клінічні прояви ускладнень з боку шлунково-кишкового тракту, часте виникнення алергічних реакцій на засоби медикаментозної терапії, що вимагає відміну певних ліків чи зменшення їх дозування та застосування антиалергічних засобів [2].

Найближчим аналогом-прототипом способу, що заявляється, є спосіб базисної терапії хворих на остеохондроз хребта з радикулярним больовим синдромом із застосуванням аплікацій озокериту через день постійно в одну і ту ж больову ділянку впродовж 10-15 сеансів [1], що у більшості випадків може сприяти підсиленню болю у суміжних ділянках та не дозволяє швидко нормалізувати трофічну і вазорегуляторну функції ураженого нерва, що є недоліками цього способу.

Спосіб, що заявляється, вирішує задачу підвищення якості і точності лікування та покращення динаміки клінічних проявів, скорочення строків лікування шляхом впливу на патогенетичні чинники симптомів болю, а саме, відновлення трофічної, вазорегуляторної та рухової функцій одночасно в ділянках ураженого нерва та метамерів хребта, що призводить до швидкого тамування болю, зменшення припухлості та відновлення функції ураженого нерва.

Технічний результат, що досягається, полягає у забезпеченні більш ефективного лікування завдяки підвищенню його якості і точності та позитивній динаміці швидкого покращення симптоматики, що призводить до скорочення строків лікування і до зменшення частоти рецидивів захворювання, збільшення тривалості ремісії.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі, що включає застосування базисної терапії та озокеритолікування, згідно з корисною моделлю, додатково проводять методичне дозоване озокеритолікування з одночасним урахуванням змін локалізації високорефлексногенних зон вдовж ураженого нерва в динаміці лікування і точковий періостальний масаж в ділянках метамерних уражень хребта, шляхом щоденного накладання аплікацій озокериту з температурою +50 °С на 50 хвилин в ділянках високорефлексногенних зон впродовж 3 діб з дозуванням їх по 3 аплікації зверху донизу, повторюючи процедуру 2-3 рази до повної інволюції симптоматики впродовж 6-9 сеансів, критеріями дозування кількості аплікацій озокериту є індивідуальність якості змін клінічних ознак: швидкість інволюції болю,

припухлості, відновлення функції, якщо залишається болісність після шостої процедури, призначається ще три аплікації зверху донизу.

Відмінною особливістю способу, що заявляється, є патогенетична спрямованість корекції аплікаціями озокериту на відновлення трофічної, вазомоторної та рухової функцій одночасно в ділянках В ревматичного захворювання ураженого нерва і відповідних метамерів хребта, що сприяє позитивній динаміці симптомів захворювання, а саме, швидше зменшення ознак припухлості в ділянках ураженого нерва і хребта, швидка інволюція болю та відновлення об'єму рухів в кінцівках та в ділянках хребта; покращення тензоалгезиметричних показників порога больової чутливості уражених тканин, що сприяє швидшому покращенню здоров'я хворих, зменшенню тривалості лікування, доз препаратів та частоти рецидивів захворювань. Це дозволяє уникнути ускладнень з боку шлунково-кишкового тракту та алергічних проявів. Таким чином, застосування способу методичного дозованого озокеритолікування є ефективним і фізіологічним. Відсутність побічних проявів, алергічних реакцій, зменшення доз медикаментозних препаратів, скорочення строків лікування і збільшення тривалості ремісії дає широку можливість застосування заявленого способу в базисній терапії та профілактиці остеохондрозу хребта з больовим радикальним синдромом.

Спосіб здійснюють таким чином: до базової терапії додатково призначають методичне дозоване озокеритолікування за індивідуальними схемами залежно від уражень нервових корінців та певних метамерів хребта при остеохондрозі хребта. Для здійснення методичної корекції больової, вазомоторної і трофічної функцій уражених структур щоразу пальпаторно визначають зміни локалізації високорефлексогенних зон в ділянках уражень нервового корінця та хребта. Озокеритолікування проводиться з одночасним урахуванням змін локалізації високорефлексогенних зон вздовж ураженого нерва в динаміці лікування, шляхом щоденного накладання аплікацій озокериту з температурою +50 °С на 50 хвилин в ділянках високорефлексогенних зон впродовж 3 дб з дозуванням їх по 3 аплікації зверху донизу, повторюючи процедуру 2-3 рази до повної інволюції симптоматики зі щоденним точковим періостальним масажем в ділянках високорефлексогенних зон уражених метамерів хребта впродовж 6-9 сеансів.

Результати динаміки клінічної симптоматики у хворих основної і контрольної груп наведені в таблиці 1, що підтверджувалось клінічним покращенням і параметрами тензоалгезиметрії в динаміці лікування (таблиця 2).

У динаміці лікування хворих заявленим способом інволюція вираженого болю і припухлості переважно наступала на 3-6 добу 79 % випадків. Зокрема, у 23 % хворих біль тамувався на 3 добу і у 21 % хворих - на 9 добу. Помірно виражені функціональні порушення у всіх хворих I групи відновлювалися уже на 3 добу, в той час, як у хворих контрольної групи - на 12-15 добу. Виражені функціональні порушення у хворих основної групи відновлювалися на 6-9 добу, в той час аналогічні порушення у хворих як у хворих II групи відновлювалися тільки частково у 75 % випадків на 12-15 добу. Строки лікування хворих заявленим способом становили від 3 до 9 дб, а у хворих II групи тривали 12-15 дб з неповною ремісією симптоматики.

Причому тривалість ремісії у хворих I групи була 1,5-2 роки, а у хворих II групи - від 1 до 3 місяців. Продовження термінів лікування у хворих II групи вимагало призначення додаткових лікувальних засобів, що у 19 випадках ускладнювалося алергічними реакціями. Таким чином, враховуючи вищевикладене, можна заключити, що лікування заявленим способом є патогенетичнообгрунтованим та фізіологічним, що сприяє зменшенню алергічних проявів та дозволяє скоротити строки лікування і значно подовжити тривалість ремісії.

Результати клінічного і тензоалгезиметричного обстеження хворих обох груп в динаміці лікування вказують на швидшу позитивну інволюцію симптоматики у пацієнтів, які отримували методичне дозоване озокеритолікування, в порівнянні з контрольною групою. Інтенсивність больового синдрому швидше і якісніше зменшувалась у 93 % хворих на остеохондроз хребта з радикальним больовим синдромом порівняно з 33 % у хворих контрольної групи ($P < 0,01$), що свідчить про доцільність застосування методичного дозованого озокеритолікування в комплексному лікуванні хворих.

Таблица 1

Порівняльна оцінка динаміки клінічних симптомів та ефективності лікування у хворих на остеохондроз хребта з больовим радикулярним синдромом під впливом методичного дозованого озокеритолікування та базисної терапії (I основна група) у порівнянні з контрольною групою (II група)

Симптоми		Група (nI=30, nII=32)		Відсутність або зменшення симптомів в динаміці (днів)									
				3		6		9		12		15	
				абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Інтенсивність болю у ВРЗ ураж. нерва	вираж.	22	73	2	9	15	68	5	23	-	-	-	-
		20	60	-	-	-	-	-	-	-	-	20	-
	помірн.	8	30	6	4	2	24	-	-	-	-	-	-
		12	38	-	-	-	-	-	-	10	80	2	20
Інтенсивність болю у ВРЗ хребта	вираж.	12	40	-	-	8	67	4	34	-	-	-	-
		11	34	-	-	-	-	-	-	3	35	9	65
	помірн.	18	60	8	44	10	56	-	-	-	-	-	-
		21	65	8	37	13	63	-	-	-	-	-	-
Припухлість у ВРЗ ураж. нерва	вираж.	22	73	-	-	12	52	10	48	-	-	-	-
		20	60	-	-	-	-	-	-	8	48	12	52
	помірн.	8	29	2	40	6	60	-	-	-	-	-	-
		12	38	3	49	7	51	2	10	-	-	-	-
Припухлість у ВРЗ хребта	вираж.	12	40	2	10	9	85	1	5	-	-	-	-
		11	34	-	-	-	-	-	-	3	18	8	82
	помірн.	18	60	-	-	10	52	8	48	-	-	-	-
		21	66	-	-	-	-	-	-	11	52	10	48
Функціональні радикулярні порушення	помір.	8	30	2	29	6	71	-	-	-	-	-	-
		12	38	-	-	-	-	-	-	8	67	4	33
	вираж.	22	73	-	-	2	10	20	90	-	-	-	-
		20	60	-	-	-	-	-	-	1	12	18	88
Строки лікування	6-9	30	100	8	27	15	50	7	23	-	-	-	-
		0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	10-15	32	100	-	-	-	-	-	-	12	38	20	62
		0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Тривалість ремісії	1-3 роки	30	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	1-3 місяці	32	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
		0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Таблица 2

Динаміка середніх показників тензоалгезиметрії у хворих основної і контрольної груп в ділянках ВРЗ уражених нервів і хребта (в кг/см²)

Тканини	Група (n I=30, n II=32)		ТА ВРЗ ураж. нерва		P	ТА ВРЗ ураж. хребта		P
	№	n	до лікування	після лікування		до лікування	після лікування	
Нейротрункулярна	I	30	0,5	1,2	<0,01	-	-	-
	II	32	0,7	0,9	>0,05	-	-	-
М'язово-судинна	I	30	-	-	-	3,7	7,4	<0,0
	II	32	-	-	-	3,9	4,2	>0,0
Склеротомна	I	30	-	-	-	2,0	6,2	<0,0
	II	32	-	-	-	2,2	3,8	>0,0

Конкретний приклад застосування.

Хвора Н. (іст. хвороби 4219) знаходилась у ревматологічному відділенні зі скаргами на виражений біль і локальну припухлість та болісність при ходьбі у верхній третині зовнішньої поверхні правого стегна і виражений біль в ділянці правого кульшового суглоба. Встановлено діагноз: остеохондроз хребта попереково-крижового відділу хребта, ускладнений спондилозом, з правостороннім радикалярним больовим синдромом L₅ корінця. При рентгенографії кульшових суглобів - патології не виявлено, а при рентгенографії хребта виявлені ознаки спондилозу на рівні L₅-S₁ хребців. За даними клініко-неврологічного обстеження у хворої спостерігалась анізорефлексія (D>S), значне зниження тензоалгезиметричного порога больової чутливості до лікування - 0,5 кг/см² в ділянці L₅ ураженого корінця, ознаки червоного дермографізму у верхній третині зовнішньої поверхні правого стегна та у ділянці попереково-крижового відділу хребта рівня L₄-L₅-S₁.

Після проведення методичного дозованого озокеритолікування шляхом накладання аплікацій озокериту з температурою +50 °C на 50 хвилин в ділянках суміжних високорефлексогених зон ураженого нерва з урахуванням їх змін в динаміці лікування та щоденним накладанням аплікацій озокериту зверху донизу впродовж 3 діб з повторенням аналогічного сеансу 1-2 рази та одночасним проведенням періостального точкового масажу в ділянках високорефлексогених зон уражених метамерів хребта впродовж 6-9 діб було досягнуто повної інволюції больової симптоматики та припухлості в ділянках високорефлексогених зон. Поріг больової чутливості в ділянках ураженого нерва, хребта і правого кульшового суглоба, відновлена функція L₅ нервового корінця та суглоба, відновилась функція ходьби, тензоалгезиметричний поріг периневральної больової чутливості підвищився до 2,8 кг/см² і практично не відрізнявся від норми (P<0,01).

Спосіб, що заявляється, був упроваджений у ревматологічному відділенні Київської клінічної лікарні № 3 при обстеженні 30 хворих на ОХ з радикалярним больовим синдромом. Для контролю була обстежена група з 32 хворих, відповідних за віком, статтю, типом перебігу захворювань, пролікованих за традиційною методикою без застосування методичного дозованого озокеритолікування.

Досвід використання способу, що заявляється, показав, що він відрізняється від традиційного способу, оскільки є патогенетично обґрунтованим, суттєво впливає на механізми виникнення клінічної симптоматики та забезпечує підвищення точності і якості лікування хворих на остеохондроз хребта з радикалярним больовим синдромом, що сприяло прискоренню інволюції симптоматики одночасно в ділянках ураженого нерва і хребта (швидше інволюція болю, зменшення припухлості в ділянках ураженого нерва і хребта, відновлення функції ходьби).

Таким чином, застосування заявленого способу в комплексному лікуванні хворих на остеохондроз хребта з радикалярним больовим синдромом є ефективним і фізіологічним. Відсутність побічних впливів, селективність до тканин та покращення трофічної вазомоторної і рухової функцій, а також можливість комбінування з базисною терапією дозволяють підвищити ефективність лікування хворих з урахуванням індивідуальних метамерних уражень хребта та певних нервових корінців, що дає можливість скоротити строки лікування хворих і збільшити тривалість ремісії захворювань, можливість застосування способу у комплексної терапії для доцільного лікування і профілактики.

Джерела інформації:

1. Оржешковский В.В. Клиническая физиотерапия / под. ред. проф. Оржешковского. - К.: Здоров'я, 1984 - С. 184-185.
2. Свінціцький А.С., Яременко О.Б., Пузанова О.Г., Хомченкова Н.І. Ревматичні хвороби та синдроми. - К.: Книга плюс, 2006. - 680 с.
3. Трунова С.В. Нейрометамерна оцінка корекції артеріальної гіпертензії у хворих з остеоартрозом та остеохондрозом хребта / С.В. Трунова, Т.Д. Никула // Український терапевтичний журнал. - 2005. - № 4. - С. 47-51.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб лікування остеохондрозу хребта з радикалярним больовим синдромом, що включає застосування базової терапії та озокеритолікування, який **відрізняється** тим, що додатково проводять методичне дозоване озокеритолікування з одночасним урахуванням змін локалізації високорефлексогених зон вздовж ураженого нерва і щоденний точковий періостальний масаж у ділянках метамерних уражень хребта в динаміці лікування, шляхом щоденного накладання аплікацій озокериту з температурою +50 °C на 50 хвилин у ділянках суміжних

високорефлексогених зон з дозуванням їх по 3 аплікації зверху донизу, повторюючи 2-3 рази до повної інволюції симптоматики впродовж 6-9 сеансів.

Комп'ютерна верстка В. Мацело

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Василя Липківського, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

ДП "Український інститут інтелектуальної власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601