

(19) **KG** (11) **209** (13) **C1**

ГОСУДАРСТВЕННОЕ АГЕНТСТВО
ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ
ПРИ ПРАВИТЕЛЬСТВЕ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ (КЫРГЫЗПАТЕНТ)

(51)⁶ **A61B 17/00**

(12) ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ

к предварительному патенту Кыргызской Республики

(21) 960383.1

(22) 05.06.1996

(46) 01.10.1997, Бюл. №1, 1998

(76) Габитов В.Х., Лесин Я.М. (KG)

(56) Хвистюк Г.И., Продан А.И. и др. "Остеохондроз позвоночника у детей" - К.: Здоровье, 1985. - С. 70-73. - (Б-ка практического врача).

(54) Способ лечения неврологических проявлений остеохондроза различной локализации

(57) Изобретение относится к медицине, а именно неврологии, нейрохирургии и травматологии. В основу способа положен метод непрямой лимфостимуляции позволяющий вводить лекарственную смесь в непосредственной близости от очага поражения. При грудном и пояснично-крестцовом остеохондрозе лекарственную смесь вводят в межостистые промежутки пораженных сегментов на глубину 1-1.5 см, а при шейном остеохондрозе инъекции проводят с обеих сторон в область затылочной ямки и шеи на уровне VI позвонка, отступая от его остистого отростка на 2.5 см, вводя иглу в обоих случаях под углом 45°. Способ позволяет быстро устранить болевой синдром, купировать вегетативно-сосудистые расстройства с одновременной коррекцией гипертензионно-оболочечного синдрома и сохраняет высокий терапевтический эффект при значительном снижении суточной дозы вводимой лекарственной смеси до 5-12 вместо 30-40 г.

Изобретение относится к медицине, а именно к неврологии, нейрохирургии и травматологии и непосредственно касается лечения вегетососудистых проявлений шейного остеохондроза, купирования болевых синдромов при остеохондрозе грудного и пояснично-крестцового отделов позвоночника, а также в коррекции гипертензионно-оболочечного симптомокомплекса.

Известен способ купирования болей при остеохондрозе различной локализации путем проведения паравертебральной блокады слева и справа от позвонков в патологическом очаге, отступая 1.5-2 см от срединной линии на глубину 4-5 см.

Однако способ касается преимущественно лечения болевого синдрома только при пояснично-крестцовом остеохондрозе. При шейном и грудном остеохондрозе он сложен в использовании в связи с особенностями анатомического строения и возможными

осложнениями из-за глубокого (4-5 см) проникновения иглы в грудную полость и шейную область. Способ не предусматривает лечение неврологических и иных проявлений шейного остеохондроза, что, к тому же, ограничивает его возможность, для обезболивания требуется значительное количество смеси до 30-40 г.

Задача изобретения - расширение возможностей способа, повышение лечебного эффекта с уменьшением дозы лекарственной смеси и снижение осложнений.

Задача решается введением лекарственной смеси в патологический очаг поражения позвоночника и осуществляется методом не прямой лимфостимуляции: при грудном и пояснично-крестцовом остеохондрозе лекарственную смесь вводят в межкостистые промежутки пораженных сегментов на глубину 1-1.5 см, а при шейном остеохондрозе инъекции проводят с обеих сторон в область затылочной ямки и шеи на уровне VI позвонка, отступая от его остистого отростка на 2.5 см, вводя иглу в обоих случаях под углом 45°.

Таким образом, в основу решения задачи положен метод не прямой лимфостимуляции, позволяющий вводить лекарственные средства в непосредственной близости от очага поражения. В результате у больных улучшаются лимфоотток, кровообращение, уменьшается отек и восстанавливается окислительно-восстановительный баланс в очаге поражения. Это позволяет быстро устранить болевой синдром, купировать вегетативно-сосудистые расстройства с одновременной коррекцией гипертензионно-оболочечного синдрома. Способ сохраняет высокий терапевтический эффект при значительном снижении суточной дозы вводимой лекарственной смеси до 5-12 вместо 30-40 г.

Способ осуществляется следующим образом. В случаях грудного и пояснично-крестцового остеохондроза медикаментозная смесь новокаина (совкаин, лидокаин) по 2.0 в смеси с 25 мг гидрокортизона и 10 ед. лидазы готовится экстенперо и вводится на глубину 2-2.5 см в межкостистые промежутки пораженных сегментов, в отличие от фуникулярных блокад, выполняющихся паравертебрально на глубину 4-5 см. После проведения манипуляций болевой синдром регрессировал через 5-10 мин и это позволяло проводить манипуляции по релаксации мышц на уровне пораженных сегментов. Вышеуказанный способ позволяет снять болевой синдром 6-8 пораженных сегментов. При этом общее количество лекарственной смеси составляет 8-12 г, тогда как при паравертебральном обезболивании требуется 30-40 г.

Метод был применен 15 больным, страдающим неврологической патологией при остеохондрозе грудной и поясничной локализации. Каких-либо осложнений и побочных явлений при использовании метода не зарегистрировано. После проведения манипуляции на грудном и поясничном уровнях у 5-ти больных через 6-9 ч после введения смеси регистрировались мышечные подергивания и повышенное потоотделение в зоне пораженных корешков, которое у одного больного сохранялось в течение 15-20 мин., у двух - в течение часа и у двух больных вышеуказанные явления сохранялись до 3-х ч. При этом описанные явления проходили самостоятельно без последующего появления или усиления болевого синдрома.

В группе больных с неврологическими осложнениями грудного и поясничного остеохондроза 8-ми больным выставлен диагноз полирадикулярного синдрома, в 5-ти случаях больные страдали люмбаго с вегетативной окраской болевого синдрома и в 2-х случаях диагностирована торокалгия дискогенной этиологии. По степени выраженности болевого синдрома больные распределились следующим образом: в 3-х наблюдениях он был резко выраженным, в 8-ми выраженным и в четырех случаях боли носили умеренный характер. Во всех наблюдениях лимфостимулирующая терапия сочеталась с применением вольтарена или индометацина в свечах и мануальной терапией. Полное исчезновение болевого синдрома в двух случаях отмечено на 4-й и 5-й дни, в остальных наблюдениях болевой синдром регрессировал к 11-12 дню от момента обращения.

При гипертензионно-оболочечном синдроме, сосудистой недостаточности и при вегетативно-сосудистых проявлениях шейного остеохондроза - лекарственная смесь: новокаин, гидрокортизон, лидаза вводились в область затылочных и поверхностных лимфоузлов, расположенных по задней поверхности шеи.

Инъекции проводились смесью лидазы 64 ед., гидрокортизона 25-30 мг, растворенных в 8.0-0.5 % раствора новокаина с обеих сторон в область затылочной ямки по 2.0 смеси и в область шеи на уровне середины 6 шейного позвонка, отступая от его остистого отростка на 2.5 см; иглу вводят под углом 45° до позвоночника, затем отодвигают ее на 2-3 мм, после чего вводят лекарственную смесь по 2.0 на сторону. Манипуляцию можно повторить 2-3 раза с интервалом в три дня. Данный способ применялся только при отсутствии эффекта от проводимого ранее лечения.

Непрямая лимфостимуляция была применена 24 больным, из которых 13 страдали вегетативно-сосудистыми пароксизмами при шейном остеохондрозе; трое - вертебробазилярной недостаточностью при шейном остеохондрозе; церебральный арахноидит диагностирован 4-м больным; трем установлен диагноз гипертензионного синдрома вследствие перенесенной черепно-мозговой травмы и один больной с атеросклеротическим поражением сосудов мозга.

Эффективность метода оценивалась как по времени стихания гипертензионных головных болей, исчезновении кохлео-вестибулярных и вегетативных реакций, уменьшением либо исчезновением краниалгии и цервикалгии. Объективным подтверждением, положительного влияния не прямой лимфостимуляции на течение церебральной патологии было изменение состояния глазного дна до и после манипуляции, которое было исследовано у всех 24-х больных. До лимфостимуляции диск зрительного нерва был гиперемирован, имел нечеткие границы, отмечалось полнокровие вен и спазм артерий. На следующие сутки после проведенной манипуляции регистрировали уменьшение гиперемии диска зрительного нерва, улучшение состояния сосудов глазного дна в виде ослабления полнокровия вен, а в ряде случаев - и полного его исчезновения, калибр артерий приближался к норме. Под воздействием проведенной терапии у 22-х из 24-х больных отмечен выраженный клинический эффект. При этом у 18-ти он сохранялся в течение 9-11 месяцев, у 4-х - от 2-х до 4-х месяцев, и у двух больных эффект лимфостимуляции был кратковременный и выражался только в стихании головной боли до трех-четырех часов, что обусловлено наличием атеросклеротических изменений.

Преимущество способа состоит в одновременном снятии болевого синдрома и лечении ряда неврологических проявлений, обусловленных остеохондрозом, и коррекции гипертензионного синдрома при меньшем количестве вводимой лимфостимулирующей лекарственной смеси и достижении высокого терапевтического эффекта. Метод не прямой лимфостимуляции позволяет восстанавливать двигательные нарушения (парезы, параличи) при патологии спинного мозга.

Формула изобретения

Способ лечения неврологических проявлений остеохондроза различной локализации, включающий введение лекарственной смеси в патологический очаг, отличающийся тем, что лекарственную смесь вводят методом не прямой лимфостимуляции: при грудном и пояснично-крестцовом остеохондрозе - в межкостистые промежутки пораженных сегментов на глубину 1.0 - 1.5 см, а при шейном остеохондрозе и церебральной патологии инъекции проводят с обеих сторон в области затылочной ямки и шеи на уровне VI позвонка, отступая от его остистого отростка на 2.5 см и вводя иглу в обоих случаях под углом 45°.

Составитель описания	Никифорова М.Д.
Ответственный за выпуск	Ногай С.А.

Кыргызпатент, 720021, г. Бишкек, ул. Московская, 62, тел.: (312) 68 08 19, 68 16 41, факс: (312) 68 17 03