



УКРАЇНА

(19) UA (11) 76487 (13) C2
(51) МПК (2006)
A61H 39/04

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА ВИНАХІД

(54) СПОСІБ КОРЕКЦІЇ ЗОРУ ЗА ПАУКОМ-ЛАЗОРИКОМ

1

2

(21) 2004021354

(22) 25.02.2004

(24) 15.08.2006

(46) 01.08.2006, Бюл. №8, 2006р.

(72) Паук Андрій Андрійович, Лазорик Михайло Іванович, Грицак Жанна Андріївна, Минка Валерій Васильович

(73) Ужгородський національний університет

(56) RU C1 2128973 20.04.1999

UA A 62520 15.12.2003

(57) Спосіб корекції порушень зору, зумовлених змінами у гепатобіліарній системі, що включає лікування гепатобіліарної системи, який **відрізняється** тим, що додатково за методом Фоля визначають активність біологічно активних точок T17, T16, V9, VB19, TR2, G14 та позамеридіанних точок PC103, PC104 і у разі виявлення порушень їх активності проводять її корекцію акупунктурою або акупресурою: для стимуляції - зліва за годинниковою стрілкою, для пригнічення - справа проти годинникової стрілки.

Винахід відноситься до медицини, зокрема до офтальмології та внутрішніх хвороб і може бути використаним для корекції зору.

Відомі способи лікування та профілактики порушень зору оперативними та консервативними методами [1, 2]. Але хірургічні методи вимагають високої кваліфікації спеціалістів, спеціального обладнання [2], а консервативні в основному зводяться до носіння окулярів. Розроблений спосіб корекції зору з допомогою фізичних вправ на органах зору та спеціального тренажу [3]. Але більшість відомих способів засновані на поглядах, що порушення зору є проблемою лише ока і його властивостей, точніше функціонального стану його певних структур.

Вдалося виділити особливу форму "цервікальної" короткозорості у дітей з післяродовими пошкодженнями нервової системи. Такий підхід дав можливість авторам розробити метод корекції цієї форми короткозорості консервативним лікуванням нервової системи, а не самого органу зору [4].

Найближчим до запропонованого способу є спосіб корекції та профілактики короткозорості за Пауком [5] - прототип.

Але в прототипі проводять корекцію та профілактику лише короткозорості дослідженням стану гепатобіліарної системи та її лікуванням дуоденальними зондуваннями і медикаментами.

В основу винаходу поставлено завдання розробити простий та доступний спосіб корекції порушень зору, зумовлених змінами у гепатобіліарній системі.

Поставлене завдання вирішується таким чином, що у способі корекції зору за Пауком-Лазориком, який включає офтальмологічне обстеження з визначенням гостроти зору, дослідження стану гепатобіліарної системи та лікування дуоденальними зондуваннями, який, згідно способу, відрізняється тим, що за методом Фоля визначають активність біологічно активних точок і зліва стимулюють їх подразненням за годинниковою стрілкою, а справа пригнічують їх подразненням проти годинникової стрілки акупунктурою або акупресурою з використанням точок T17, T16, V9, VB19, TR2, G14 та позамеридіанних точок PC103, PC104.

Результатом застосування винаходу буде корекція як міопії, так і гіперметропії, які зумовлені змінами у гепатобіліарній системі людини.

Між запропонованим способом корекції зору і змінами у гепатобіліарній системі існує чіткий взаємозв'язок.

Нами було звернуто увагу на те, що у значній частині людей при наявності порушень зору (міопії та гіперметропії) мали місце порушення стану гепатобіліарної системи.

Відомо, що порушенням акомодативної системи ока передують гемодинамічні та функціональні порушення в ціліарному тілі, які в своїй основі мають розлади симпатичної та парасимпатичної іннервації [6]. У складі діафрагмального нерва є чутливі, рухові та симпатичні волокна, які через діафрагму доходять до капсули і зв'язок печінки та жовчного міхура.

(13) C2

(11) 76487

(19) UA

Симпатичні волокна приєднуються до цього нерва з нижнього симпатичного вузла. Симпатична та парасимпатична нервова система приймають участь у функціонуванні ціліарного м'язу [6]. Звідси випливає, що розлади печінки та жовчного міхура і жовчовивідних шляхів впливають на стан ока, його акомодативні можливості. Логічним є підхід до корекції акомодативної, зокрема міопії та гіперметропії через нормалізацію функції гепатобіліарної системи.

В той же час стан гепатобіліарної системи і органа зору регулюється біологічно активними точками (БАТ) меридіанів печінки, жовчного міхура, та іншими меридіанами і позамеридіанними точками. Тому регуляція стану цих БАТ веде до покращення зору.

Для оцінки стану БАТ використовують метод Фоля і проводять корекцію БАТ акупунктурою або більш доступною акупресурою з використанням відповідних точок або зон. Такими точками і зонами Т17, Т16, V9, VB19, TR2, GI4 та позамеридіанних точок PC103, PC104. Зліва ці точки стимулюють подразненням їх за годинниковою стрілкою, а справа пригнічують їх подразненням проти годинникової стрілки.

Спосіб здійснюється загальноклінічним обстеженням хворого з детальним збором скарг, анамнезу захворювання, офтальмологічним дослідженням з визначенням гостроти зору. Додатково обстежують стан гепатобіліарної системи клінічними та параклінічними методами дослідження. При виявленні порушень у гепатобіліарній системі проводять корекцію її шляхом дуоденальних зондувань (сліпих або з визначенням кількісних та якісних характеристик окремих порцій жовчі), а при необхідності проводять лікування запальних та інших процесів у гепатобіліарній системі медикаментами разом з дуоденальними зондуваннями. Крім того проводять оцінку стану БАТ за Фолем і проводять акупунктуру або акупресуру вказаних точок зліва за годинниковою стрілкою, а справа - проти годинникової стрілки. Акупресуру може проводити і сам хворий після відповідної підготовки спеціалістом. Ефект лікування контролюють під час та після його закінчення визначенням гостроти зору.

Можливість здійснення способу підтверджується прикладами.

Приклад 1. Хворий С.А.А., 27 років звернувся зі скаргами на погіршення зору протягом кількох років. Спочатку цьому значення не надавав, а потім звернувся до окуліста, де було виявлено порушення зору - на лівому оці 0,4, на правому оці 0,2. При обстеженні виявлено, що періодично турбують болі у череві, не переносить жирної їжі, має нестійкий стілець. Часто турбує сухість і гіркий присмак у роті. При об'єктивному дослідженні має місце густо обкладений язик з білим нальотом. Печінка пальпаторно збільшена на 1 см, чутлива. При ультразвуковому обстеженні (УЗО) печінки і жовчного міхура виявлено незначне збільшення розмірів печінки, щільну стінку жовчного міхура. Проведено 5-ти моментне фракційне дуоденальне зондування і в усіх порціях виявлено лямблїї та елементи запалення (лейкоцити в значній кількос-

ті, у 5 фазі і епітеліальні клітини). Виставлено лямбліозний холецистогепатит. Міопія слабого ступеня. За методом Фоля визначено стан БАТ і виявлені порушення в них. Проведено лікування протилямбліозними препаратами та 4 повторними зондуваннями. Після 4 зондувань зір став кращим - праве око - 0,6, ліве - 0,7. Була підключена акупресура рефлексотерапевтом, який навчив хворого проводити самостійно діяти на точки згідно правила - на правій стороні проти годинникової стрілки, а зліва - за годинниковою стрілкою з використанням точок Т17, V9, VB19 та точки на тильній поверхні кисті рук між 2-5 пальцями та коло складки між 1 та 2 пальцями. Після 10 сеансів акупресури зір став на оба ока 0,8. Катанамнез - через 1 рік - почуває себе задовільно, гострота зору така ж, як і після закінчення лікування, в носінні окулярів необхідності нема.

Приклад 2. Хвора К.Є.Л. 55 років. Звернулася з скаргами на дуже поганий зір, не може розрізнити обличчя людей на вулиці та на відстані 1 метра. Носила окуляри +2 діоптрії на оба ока. У окуліста виявлено OD 0,1 з корекцією +2D=0,9 OS 0,08 з корекцією +2D=0,7. Д-з: гіперметропія слабого ступеня. Пресбіопія.

При обстеженні перкуторно і пальпаторно печінка не збільшена. Під час УЗО печінка не збільшена у розмірах, стінки жовчного міхура ущільнені, є перетинка у тілі міхура, згущення жовчі у розтягнутому міхурі. Проведено 5-ти моментне фракційне дуоденальне зондування. У 4 фазі за 60хв. виділилося 95мл жовчі, лейкоцити в великій кількості, бактерії, кристали білірубінату кальцію в великій кількості. У 5 фазі за 10хв виділилося 20мл жовчі з лейкоцитами до 30 в полі зору, кристали білірубінату кальцію у великій кількості. За методом Фоля визначено активність БАТ і виявлені порушення у відповідних точках. Діагностовано хронічний холецистохолангіт у фазі загострення. Проведено лікування протибактеріальними засобами та 5 сліпими дуоденальними зондуваннями з кінцевим контрольним лабораторним дослідженням жовчі. Паралельно хворій проводилася акупунктура згідно правила - на правій стороні проти годинникової стрілки, а зліва - за годинниковою стрілкою з використанням точок Т17, V9, VB19 та точки на тильній поверхні кисті рук між 2-5 пальцями та коло складки між 1 та 2 пальцями. Після закінчення лікування дуоденальними зондуваннями та акупресурою (10 сеансів) контрольне дослідження зору виявило OD 0,5 з корекцією +1,25D=1,0, OS 0,4 з корекцією +1,5D=1,0 При контрольному зондуванні у 4 фазі за 20хв. одержано 20мл жовчі без елементів запалення з одиничними кристалами білірубінату кальцію, у 5 фазі - патологічних елементів не виявлено.

Катанамнез: Через рік зір такий же, як і після закінчення лікування.

З метою перевірки придатності запропонованого способу проведено обстеження та лікування 25 дорослих хворих та дітей. У 20 з них виявлено ураження гепатобіліарної системи. Всім проводилася колекція стану гепатобіліарної системи дуоденальними зондуваннями та медикаментами при необхідності. Проводилася акупунктура та акупре-

сура. У тих хворих, де патології гепатобіліарної системи не було виявлено, проводили лише акупресуру. Позитивного ефекту досягнуто у 20 хворих, причому включення акупунктури або акупресури давало кращі показники, ніж лише застосування дуоденальних зондувань. У 5 хворих покращення зору було незначним і при перевірці через півроку воно залишилося практично на тому ж рівні.

Одержані результати дають підставу рекомендувати запропонований спосіб для впровадження в практику офтальмологів та сімейних лікарів як дешевий, доступний та такий, який не вимагає стаціонарного лікування.

Джерела інформації:

1. БМЭ. - М. - ГИМЛ. - 1957. Т.3. - С.1138-1150.

2. Руководство по глазной хирургии, (ред. проф. Краснов М.А., проф. Беляев В.С.). - М. - "Медицина". - 1988. - 624с.

3. Евсеев Б. Как улучшить зрение. Изд. А.В.К. - Тимоша. - 2001. - 160с.

4. Ратнер А.Ю. Поздние осложнения родовых поврежений нервной системы. - Изд. Казанского университета. - Казань. - 1990. - 308с.

5. Спосіб корекції та профілактики короткозорості за Пауком. Патент України № 62520А від 15.12.2003 р. Автори Паук А.А., Лазорик М.І. - прототип.

6. Краев А.В. Анатомия человека. М. Медицина. 1978. т.2.

7. Табеева Д.М. Руководство по рефлексотерапии. - М. - "Медицина". - 1982. - 560с.