



ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА
ПО ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ,
ПАТЕНТАМ И ТОВАРНЫМ ЗНАКАМ

(12) ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ К ПАТЕНТУ

(21), (22) Заявка: 2008118128/14, 06.05.2008

(24) Дата начала отсчета срока действия патента:
06.05.2008

(45) Опубликовано: 27.09.2009 Бюл. № 27

(56) Список документов, цитированных в отчете о поиске: ШАКУРОВ Р.Ш. и др. Рефлексотерапия больных с легкой черепно-мозговой травмой, сб. «Теория и практика рефлексотерапии». Тезисы IV Всесоюзной конференции по рефлексотерапии». - Л.: 1984, с.169-171. RU 2169021 C1, 20.06.2001. US 6,841,551, 11.06.2005. PETELIN L.S. et al. «Dynamics of various electrophysiologic indices in patients with (см. прод.)

Адрес для переписки:
355017, г.Ставрополь, ул. Мира, 310, СГМА,
патентный отдел

(72) Автор(ы):

Стародубцев Анатолий Иванович (RU),
Стародубцев Александр Анатольевич (RU)

(73) Патентообладатель(и):

Стародубцев Александр Анатольевич (RU),
Ставропольская государственная
медицинская академия Государственное
Образовательное Учреждение Высшего
Профессионального Образования
РОСЗДРАВА (RU)

(54) СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ СОТЯСЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА В РАННИЙ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЙ ПЕРИОД

(57) Реферат:

Изобретение относится к медицине, а именно к неврологии, рефлексотерапии. Способ включает воздействие на точки акупунктуры. Воздействие осуществляют акупрессурой в течение 10 дней. При этом ежедневно воздействуют на корпоральные точки акупунктуры из ряда VG 20, BM 3, V2, VG19, VB16, TR 5, G1 11, MC 6, G1 5, C7, GI 4, MC 7, E36, V 60, R1, V67, V39, VC6, V43, VG 14. Начиная с первого дня дополнительно воздействуют по нечетным дням на точки

су-джок из ряда А 8, А 10, В 4, С 7, С 39, F 3, G 2, G 66, Н 2, Н 6, Y 21, Y 28, X 12, X 14, X 17. По четным дням дополнительно воздействуют на аурикулярные точки из ряда АТ 9 I, АТ 20 III, АТ 22 IV, АТ 25 V, АТ 29 VI, АТ 33 VI, АТ 34 VI, АТ 35 VI, АТ 51 IX, АТ 55 X, АТ 87 XIV, АТ 92 XV, АТ 95 XV, АТ 100 XVI, АТ 112 VII, АТ 121 XII. Способ блокирует развитие негативных реакций, запускаемых в ранние сроки после сотрясения головного мозга, предупреждает дальнейшее развитие стойких последствий перенесенной травмы.

(56) (продолжение):

mild acut closed craniocerebral injuries during complex treatment using reflexotherapy», Zh.Nevropatol. Pskhiatr. im S S Korsakova. 1985; 85(8): 1166-71.



FEDERAL SERVICE
FOR INTELLECTUAL PROPERTY,
PATENTS AND TRADEMARKS

(12) ABSTRACT OF INVENTION

(21), (22) Application: **2008118128/14, 06.05.2008**

(24) Effective date for property rights:
06.05.2008

(45) Date of publication: **27.09.2009 Bull. 27**

Mail address:

**355017, g.Stavropol', ul. Mira, 310, SGMA,
patentnyj otdel**

(72) Inventor(s):

**Starodubtsev Anatolij Ivanovich (RU),
Starodubtsev Aleksandr Anatol'evich (RU)**

(73) Proprietor(s):

**Starodubtsev Aleksandr Anatol'evich (RU),
Stavropol'skaja gosudarstvennaja meditsinskaja
akademija Gosudarstvennoe Obrazovatel'noe
Uchrezhdenie Vysshego Professional'nogo
Obrazovanija ROSZDRAVA (RU)**

(54) TREATMENT METHOD OF BRAIN CONCUSSION DURING EARLY POSTTRAUMATIC PERIOD

(57) Abstract:

FIELD: medicine.

SUBSTANCE: invention refers to medicine and namely to neurology and reflexotherapy. Method involves action on acupuncture points. Action is performed with acupressure during 10 days. At that, the action is performed on the following corporeal acupuncture points every day: VG 20, BM 3, V2, VG19, VB16, TR 5, G1 11, MC 6, G1 5, C7, GI 4, MC 7, E36, V 60, R1, V67, V39, VC6, V43, and VG 14. Starting from the first day, the action is additionally performed on the following Su Jok points on odd-numbered days: A

8, A 10, B 4, C 7, C 39, F 3, G 2, G 66, H 2, H 6, Y 21, Y 28, X 12, X 14, X 17. On even days, the action is additionally performed on the following auricular points: AT 9 I, AT 20 III, AT 22 IV, AT 25 V, AT 29 VI, AT 33 VI, AT 34 VI, AT 35 VI, AT 51 IX, AT 55 X, AT 87 XIV, AT 92 XV, AT 95 XV, AT 100 XVI, AT 112 VII, and AT 121 XII.

EFFECT: method blocks progressing of negative reactions started at early periods after brain concussion and prevents further progress of stable trauma consequences.

4 ex

Изобретение применяется в области медицины, а именно в нейрохирургии и неврологии.

Сотрясение головного мозга (СГМ) запускает каскад патологических реакций на молекулярном, клеточном, тканевом, органном и системном уровнях, что ведет к нарушениям церебральной гемодинамики, микроциркуляции, метаболическим, нейродинамическим, иммунологическим расстройствам энергетического обмена, в том числе приводит к нарушению аксоплазматического тока, который прекращается в первые 6-24 часа, и это предполагает наиболее раннее начало профилактических мероприятий, направленных на остановку развития и дальнейшего прогрессирования этих реакций (Крылов В.В., Лебедев В.В. Черепно-мозговая травма. //Врач - 2000 - №11 - С.13-18; Касумова С.Ю. Молекулярно-биологические основы посттравматического амилоидоза и апоптоза.//Ж. Вопросы нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко - 2004 - №1 - С.45-47; Штульман Д.Р., Левин О.С. Неврология. Москва - 2007 - 960 с.).

Наиболее близким по технической сущности является симптоматический способ лечения СГМ (Лихтерман Л.Б., Касумова С.Ю. Сотрясение головного мозга. //Клиническое руководство по ЧМТ под редакцией А.Н.Коновалова, Л.Б.Лихтермана, А.А.Потапова. - М.: Антидор - 2001 - т.П - С.419-425; Лихтерман Л.Б. Сотрясение головного мозга. //Ж. Нейрохирургия - 2002 - №2 - С.4-8), предполагающий нормализацию функционального состояния головного мозга, снятие головной боли, головокружения, беспокойства, бессонницы и других жалоб. Спектр назначаемых лекарств включает анальгетики, седативные, сосудистые, снотворные, преимущественно в виде таблетированных форм, а при необходимости и в инъекциях. Среди обезболивающих (анальгин, пенталгин, седалгин, максиган) подбирается наиболее эффективный. Подобным образом поступают при головокружении (бетасерк, беллоид, танакан, микрозер), нарушении сна (фенобарбитал, реладорм, димедрол, дономил), астении (валериана, пустырник, элениум, сибазон, феназепам, рудотель).

Однако симптоматическая медикаментозная терапия, направленная лишь на устранение отдельных симптомов ЧМТ, чревата различными осложнениями (непереносимость препарата, развитие аллергических реакций), дает временный и нестойкий эффект, не учитывает основные звенья патогенеза заболевания, следовательно, не предупреждает дальнейшего его прогрессирования.

Поставлена задача блокирования развития негативных реакций, запускаемых СГМ в ранние сроки, и предупреждения дальнейшего развития стойких последствий перенесенной травмы.

Поставленная задача достигается использованием немедикаментозных методов лечения (чжень-цзю, су-джок, аурикулотерапия), которые проводятся с первого дня поступления больных в стационар.

Способ осуществляется следующим образом.

При поступлении больного в нейрохирургическое отделение и установлении диагноза СГМ (14-15 баллов по шкале комы Глазго) проводят следующие методы исследования: клинический метод (опрос, осмотр, оценка соматического, неврологического статуса); лабораторные методы (ОАК, ОАМ), нейрофизиологические методы (ЭКГ, ЭЭГ, УЗДГ); рентгенологический метод (обзорная краниография); нейровизуальные методы (КТ и МРТ); нейропсихологические методы (тест запоминания 10 слов - ЗаС-10, тест рисования часов - РиЧ-10, короткий тест умственных способностей Ходкинсона - НМТ-10, тест

Ориентация-Память-Концентрация внимания - IMCT-10, госпитальная шкала Тревоги и Депрессии - HADS-14, визуальная аналоговая шкала боли - ВАШ-10, анкета балльной оценки субъективных характеристик сна - ОСХС-6).

После установления диагноза СГМ больному в стационаре осуществляют лечение акупрессурой в течение 10 дней, при этом ежедневно воздействуют на корпоральные точки акупрессуры из ряда VG 20, BM 3, V 2, VG 19, VB-16, TR 5, G1 11, MC 6, G1 5, C 7, G1 4, MC 7, E 36, V 60, R 1, V 67, V 39, VC 6, V 43, VG 14 и дополнительно, начиная с первого дня, воздействуют по нечетным дням на точки су-джок из ряда A 8, A 10, B 4, C 7, C 39, F 3, G 2, G 66, H 2, H 6, Y 21, Y 28, X 12, X 14, X 17, а по четным дням на аурикулярные точки из ряда AT 9 I, AT 20 III, AT 22 IV, AT 25 V, AT 29 VI, AT 33 VI, AT 34 VI, AT 35 VI, AT 51 IX, AT 55 X, AT 87 XIV, AT 92 XV, AT 95 XV, AT 100 XVI, AT 112 VII, AT 121 XII.

В рецепт включают точки, оказывающие благотворное влияние на энергетический обмен мозга, микроциркуляцию и метаболизм мозга. Воздействуют на точки с помощью пальцевого чжень (пальцевая акупрессура) деревянной или металлической палочкой. Метод воздействия используется преимущественно успокаивающий, редко - тонизирующий.

Согласно современной теории патогенеза легкой черепно-мозговой травмы все большее число исследователей рассматривают СГМ как легкую форму диффузного аксонального повреждения головного мозга (Копьев О.В. Ультраструктурный и ультрацитохимический анализ экспериментального СГМ. //Автореферат дисс. доктора мед. наук. - Киев - 1988 - 46 с.; Потапов А.А., Лихтерман Л.Б., Касумова С.Ю.

Диффузное аксональное повреждение головного мозга. //Клиническое руководство по ЧМТ. - М.: Антидор - 2001 - т.2 - С.426-449; Лебедев В.В., Волков П.В. Диффузное аксональное повреждение головного мозга. //Ж. Нейрохирургия - 2005 - №3 - С.15-20).

В результате СГМ у больных в течение 6-24 часов отмечается нарушение аксоплазматического транспорта, происходит отек и лизис волокон с последующей их валлеровской дегенерацией (Касумова С.Ю. Патологическая анатомия ЧМТ. //Клиническое руководство по ЧМТ. - М.: Антидор - 1998 - т.1 - С.169-229); в первые же сутки отмечается нарушение дыхания мозга с изменением энергетического обмена

мозга с активацией процесса свободнорадикального окисления, который приводит к росту перекисного окисления липидов. Образующиеся в этих условиях крайне токсичные продукты перекисного окисления липидов вызывают разрушение биологических мембран (в первую очередь митохондрий мозговых клеток) и нарушение их функций с подавлением одной из важнейших защитных реакций мозга - его антиоксидантной активности (Промыслов М.Ш. Обмен веществ в мозге и его регуляция при ЧМТ. - М. - 1984 - 315 с.; Мошкин А.В., Промыслов М.Ш.

Биохимические исследования и энергетический обмен при ЧМТ. //Клиническое руководство по ЧМТ. - М.: Антидор - 1998 - т.1 - С.457-466).

Использование немедикаментозных методов лечения последствий СГМ позволяет уравнивать «ян» и «инь» и регулировать энергетический обмен мозга (Табеева Д.М. Руководство по иглорефлексотерапии. - М.: Медицина - 1982 - 560 с.; Молостов В.Д. Иглотерапия и точки акупунктуры. - Минск - 2005 - 672 с.; Пак Чжэ Ву. Су Джок Акупунктура. - Москва: Су Джок Академия - 1993 - 722 с.), прерывая тем самым развитие каскада патологических реакций в мозге.

Проведены следующие исследования.

Основная группа

1. Больной Л-н Г.Е., 35 лет, находился в нейрохирургическом отделении 4 ГКБ

с 05.01 по 15.01.08 года (история болезни 192/26).

В отделение больной поступил с жалобами на сильную головную боль, тошноту, рвоту.

Анамнез заболевания. Накануне в драке был избит. Кратковременно терял сознание. О случившемся помнит смутно. Придя в сознание больной почувствовал сильную головную боль, была однократная рвота. Самостоятельно приехал домой. Ночь провел беспокойно из-за сильной головной боли. Утром была вызвана скорая помощь, которая доставила пострадавшего в приемное отделение 4 ГКБ, и он был госпитализирован в нейрохирургическое отделение.

Общесоматический статус. Сознание ясное, правильно отвечает на поставленные вопросы, ориентирован в месте и времени. Телосложение правильное, питание достаточное. Кожа и видимые слизистые обычной окраски. Дыхание везикулярное, хрипов в легких не прослушивается. АД - 125/70 мм ртутного столба, пульс 80 ударов в минуту, удовлетворительных свойств, тоны сердца ясные. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, физиологические отправления в норме.

Неврологический статус. Парез VI пары справа, легкая сглаженность правой носогубной складки. Сухожильные и периостальные рефлексы на верхних и нижних конечностях D=S, несколько торпидны. Оболочечных и симптомов расстройств чувствительности не отмечено.

Status localis. В области переносицы имеется кожная ссадина с небольшой подкожной гематомой.

Дополнительные исследования

Обзорная краниография костной патологии не выявила.

ЭЭГ: Диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга.

ЭКГ: Ритм синусовый, ЧСС 80 в минуту. Нормальное положение электрической оси сердца.

Общие анализы крови и мочи без отклонения от нормы.

Диагноз. Сотрясение головного мозга.

В первый день больной жаловался на сильную головную боль (7-9 баллов по шкале ВАШ). В этот же день больному проведен первый сеанс немедикаментозной терапии: чжень-цзю терапия с использованием точек Бай-хуэй, Тоу-вэй, Цуань-чжу, Цюй-чи, Ян-си, Дзу-сань-ли, Да-чжуй, и су-джок терапия с использованием точек А 8, А 10, С 7, G 2, J 24, X 14, X 17, F 3, C 39, G 66, Y 28, Y 30.

На второй день пребывания в стационаре интенсивность головной боли снизилась до легкой (1-3 балла по шкале ВАШ), больной жаловался на легкую тошноту. В неврологическом статусе никакой очаговой симптоматики не выявлялось. Проведен второй сеанс немедикаментозной терапии: чжень-цзю терапия с использованием точек Бай-хуэй, Тоу-вэй, Инь-тан, Хоу-дин, Цюй-чи, Дзу-сань-ли, Гао-хуан, и аурикулотерапии с использованием следующих точек АТ 29 VI, АТ 33 VI, АТ 34 VI, АТ 35 VI, АТ 55 X, АТ 95 XV, АТ 121 XII.

На 3-й день больной жаловался только на периодическую легкую головную боль, возникающую при перемене положения больного.

На протяжении всего пребывания больного в стационаре больному проводилась немедикаментозная терапия (10 сеансов): ежедневно чжень-цзю терапия и попеременно су-джок терапия (нечетные дни) и аурикулотерапия (четные дни) с использованием указанных ранее точек. На 10-й день больной выписан из стационара в удовлетворительном состоянии.

2. Больной К-в Д.С., 24 года, находился в нейрохирургическом отделении 4 ГКБ

с 05.01 по 17.01.08 года (история болезни №213/28).

В отделение больной поступил с жалобами на сильное головокружение, тошноту, рвоту, шаткость при ходьбе, шум в левом ухе.

Анамнез заболевания. Вечером 05.01.08 года был избит неизвестными с целью ограбления. Кратковременно терял сознание. Подробности случившегося помнит хорошо. Обнаружил отсутствие наручных часов и крупной суммы денег. Беспокоило сильное головокружение, тошнота, рвота, головная боль. Из ближайшего автомата вызвал скорую помощь, которая доставила его в приемный покой 4 ГКБ.

При поступлении в нейрохирургическое отделение сознание ясное, ориентирован в месте и времени. Пульс 60 ударов в минуту, удовлетворительных свойств, АД 120/65 мм ртутного столба.

Неврологический статус. Парез VI пары слева, горизонтальный нистагм в обе стороны, лио симметричное. Рефлексы на верхних и нижних конечностях D=S, живые, оболочечных симптомов нет, координаторные пробы выполняет с легкой интенцией слева.

Status localis. В левой височной области отмечается подкожная гематома размером 5×7 см.

Дополнительные исследования. Обзорная краниография костной патологии не выявила. ЭЭГ, ЭКГ и стандартные анализы без отклонения от нормы.

Диагноз. Сотрясение головного мозга.

Лечение. В день поступления больному проведен первый сеанс немедикаментозной терапии. При проведении чжень-цзю терапии применялись следующие корпоральные точки: Бай-хуэй, Хоу-дин, Нао-ху, Тоу-вэй, Цуань-чжу, Ян-си, Дзу-сань-ли, сразу же проведена су-джок терапия с использованием следующих точек А 8, Н 2, Н 6, Х 12, Х 14, В 4, F 3, Y 21.

На следующий день пребывания в стационаре головокружение отмечалось лишь при поворотах головы и при перемене положения тела, была легкая головная боль (1-3 балла по шкале ВАШ), удерживалась тошнота. В неврологическом статусе отмечался горизонтальный нистагм влево. Больному проведен повторный курс чжень-цзю терапии (Бай-хуэй, Цуань-чжу, Хоу-дин, Тоу-вэй, Ян-си) и аурикулотерапии с использованием точек АТ 9 I, АТ 29 VI, АТ 34 VI, АТ 51 IX, АТ 55 X, АТ 87 XIV, АТ 121 XII.

На третий день неврологическая симптоматика полностью сгладилась. Незначительное головокружение возникало лишь при резких поворотах головы в сторону, тошноты не отмечается, головная боль не беспокоит больного.

Немедикаментозная терапия проводилась на протяжении 10 дней с ежедневным проведением чжень-цзю терапии и попеременным су-джок (по нечетным дням) и аурикулотерапии (по четным дням) с использованием указанных ранее точек). На 12-й день больной выписан из стационара в удовлетворительном состоянии под наблюдение невролога.

Контрольная группа

1. Больная Б-ва А.К., 43 года, находилась в нейрохирургическом отделении с 07.01 по 17.01.08 года (история болезни №273/33).

В отделение больная поступила с жалобами на сильную головную боль, головокружение, тошноту, шум в голове.

Анамнез заболевания. 06.01.08 года после семейного скандала была избита мужем. Кратковременно теряла сознание, была двукратная рвота, отмечала сильную головную боль. Ночь спала плохо из-за сильной головной боли, тошноты. Утром

вызвала скорую помощь, которая доставила больную в приемный покой 4 ГКБ и была госпитализирована.

При поступлении в нейрохирургическое отделение сознание больной ясное, ориентирована в месте и времени, правильно отвечала на поставленные вопросы. О случившемся рассказывает путано. Пульс 86 ударов в минуту, удовлетворительных свойств. АД 130/80 мм ртутного столба.

Неврологический статус. Парез VI пары с двух сторон, правосторонний горизонтальный нистагмOID, лицо симметричное. Рефлексы на верхних и нижних конечностях D=S, оживлены. Оболочечных симптомов нет.

Дополнительные исследования

На обзорных краниограммах костных повреждений не выявлено.

ЭЭГ в пределах возрастной нормы.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 76 в минуту, удовлетворительных свойств.

Полувертикальное положение электрической оси сердца. Нарушение процессов реполяризации миокарда передне-боковой стенки левого желудочка.

Анализ крови и мочи без отклонения от нормы.

Диагноз. Сотрясение головного мозга.

Лечение. На протяжении всего пребывания в стационаре больной проводилась симптоматическая терапия: головная боль (анальгин, пенталгин), вазоактивные препараты (кавинтон), ноотропные (энцефабол), снотворное (санвал).

В процессе проводимого лечения были получены следующие результаты.

На второй день тошнота уменьшилась незначительно, оставалась сильная (8 баллов по шкале ВАШ) головная боль, ночь провела с частыми просыпаниями. В неврологическом статусе симптоматика остается прежней.

На пятый день тошнота не беспокоит, интенсивность головной боли уменьшилась до умеренной (6 баллов), продолжает беспокоить тревожный сон с частыми просыпаниями (22 балла по шкале ОСХС-6). В неврологическом статусе нистагмOID регрессировал, остается двусторонний парез VI пары.

На седьмой день остается умеренная головная боль (5 баллов), плохо спит, появились легкие когнитивные нарушения (7 баллов по тесту ЗаС-10, 9 баллов по шкале HADS-14). Парез VI пары регрессировал.

К моменту выписки из стационара у больной оставалась легкая головная боль, почти нормализовался сон. В удовлетворительном состоянии больная выписана на 10-й день под наблюдение невролога.

2. Больной К-й А.П., 34 года, находился в нейрохирургическом отделении с 24.01 по 05.02.08 года (история болезни №1464/141).

В отделение больной поступил с жалобами на умеренную головную боль, выраженное головокружение, тошноту, шум в голове, шаткость.

Анамнез заболевания. 24 января попал в автомобильную аварию, больших подробностей не помнит, со слов врача СМП перевернулся на автомобиле, будучи за рулем. Кратковременно терял сознание, отмечалась ретроградная и конградная амнезия. БСК был доставлен в приемное отделение 4 ГКБ и был госпитализирован в нейрохирургическое отделение.

Из анамнеза жизни выяснено, что никакими серьезными заболеваниями не страдает. Изредка переносил ОРЗ. Вредные привычки - курение. Женат, имеет сына.

При поступлении в отделение больной в сознании, ориентирован в месте и времени, правильно отвечает на поставленные вопросы. Пульс 75 ударов в минуту, удовлетворительных свойств, АД 125/70 мм ртутного столба. Живот мягкий,

безболезненный, физиологические отправления в норме.

Неврологический статус: парез VI пары с двух сторон, горизонтальный нистагм в обе стороны. Лицо симметричное. Рефлексы на верхних и нижних конечностях D=S, оживлены. Оболочечных симптомов нет, координаторные пробы выполняет с

небольшой интенцией с двух сторон.

Дополнительные исследования

Обзорная краниография патологии костей черепа не выявила.

ЭКГ и ЭЭГ в пределах возрастной нормы.

Анализ крови и мочи без отклонения от нормы.

Диагноз. Сотрясение головного мозга.

Больному проводилась симптоматическая терапия: анальгетики, бетасерк, кавинтон, донормил, энцефабол.

В процессе проводимого лечения получены следующие результаты.

На второй день у больного сохраняется выраженное головокружение с тошнотой, легкая головная боль (2 балла по шкале ВАШ), шум в голове, горизонтальный двусторонний нистагм, парез VI пары с двух сторон.

На пятый день головокружение уменьшилось до умеренного, резко усиливающегося при повороте головы в стороны, остается легкая головная боль, незначительная тошнота, появляющаяся при повороте головы. В неврологическом статусе отмечается нистагмоид справа, парез VI пары слева.

На седьмой день отмечается незначительное головокружение, усиливающееся при подъеме больного с кровати, легкая головная боль вечером. В неврологическом статусе патологии не выявляется. При нейропсихологическом тестировании у больного выявляются легкие когнитивные нарушения (7 баллов по ЗаС-10, 6 баллов по IMCT-10, 8 баллов по HADS-14).

К моменту выписки из стационара у больного остаются легкие головные боли, возникающие к концу дня, незначительные головокружения при резких поворотах головы, легкие когнитивные нарушения. На 11-й день в удовлетворительном состоянии больной выписан по месту жительства под наблюдение невролога.

Проведенные исследования показывают, что у больных первой группы, лечившихся с использованием немедикаментозных методов (чжень-цзю, су-джок и аурикулотерапии), уже на второй-третий день жалобы и неврологическая симптоматика регрессировали, тогда как у больных второй группы, которым проводилась симптоматическая терапия, регресс указанных симптомов проходил более медленно и неполностью, кроме того, у них появились легкие когнитивные нарушения.

Таким образом, использование предлагаемого способа позволяет предотвратить развитие патологических реакций, запускаемых СГМ, в самые ранние сроки, предупредить дальнейшее развитие стойких и развитие новых последствий перенесенной травмы, снизить трудопотери (уменьшить пребывание на больничном листе, сократить традиционно длительные сроки терапии), улучшить трудовую и социальную адаптацию больных с травматической болезнью мозга, обеспечить преемственность стационарного и амбулаторного лечения, снизить затраты на лечение и профилактику травматической энцефалопатии, повысить их эффективность.

Формула изобретения

Способ лечения сотрясения головного мозга в ранний посттравматический период, включающий воздействие на точки акупунктуры, отличающийся тем, что в течение 10 дней осуществляют лечение акупрессурой, при этом ежедневно воздействуют на

корпоральные точки акупунктуры из ряда: VG 20, BM 3, V2, VG19, VB 16, TR 5, G1 11, MC 6, G1 5, C 7, GI 4, MC 7, E 36, V 60, R 1, V 67, V 39, VC 6, V 43, VG 14 и, дополнительно, начиная с первого дня, воздействуют по нечетным дням на точки су-джок из ряда: A 8, A 10, B 4, C 7, C 39, F 3, G 2, G 66, H 2, H 6, Y 21, Y 28, X I2, X I4, X I7, а по четным дням - на аурикулярные точки из ряда: AT 9 I, AT 20 III, AT 22 IV, AT 25 V, AT 29 VI, AT 33 VI, AT 34 VI, AT 35 VI, AT 51 IX, AT 55 X, AT 87 XIV, AT 92 XV, AT 95 XV, AT I00 XVI, AT 112 VII, AT 121 XII.

10

15

20

25

30

35

40

45

50