



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 7645

(13) U

(51) 7 A61H1/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ МЕДІАЛЬНИХ ТА ПАРАМЕДІАЛЬНИХ ГРИЖ МІЖХРЕБЦЕВИХ ДИСКІВ ПОПЕРЕКОВО-КРИЖОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА

1

2

(21) 20040503705

(22) 18.05.2004

(24) 15.07.2005

(46) 15.07.2005, Бюл. № 7, 2005 р.

(72) Довгий Ігор Леонідович, Ханенко Наталія Василівна

(73) КІЇВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ІМ. П.Л. ШУПИКА

(57) 1. Спосіб консервативного лікування медіальних та парамедіальних гриж міжхребцевих дисків попереково-крижового відділу хребта, що включає проведення ручного впливу методом мануальної терапії: постізометричну релаксацію м'язів (далі ПІРМ), мобілізацію та маніпуляцію (наприклад остеопатична школа), який відрізняється тим, що під час виконання ПІРМ розгиначів спини, зокрема поперекового відділу хребта, в положенні пацієнта

на спині з максимально зігнутими в колінних та кульшових суглобах ногами на фазі вдих - 7-9 сек., погляд вверх, учиняють легкий опір розгинанню ніг пацієнта плечовим поясом, на фазі видих - 7-9 сек., погляд вниз, плечовим поясом натискають на ноги пацієнта, висуваючи при цьому плече зі сторони грижового випинання або там, де "акцент" грижі.

2. Спосіб за п. 1, який відрізняється тим, що ПІРМ розгиначів спини виконують, враховуючи вираженість больового синдрому, вид та розмір грижі, а саме при протрузіях - на 2-4 сеансах, при пролапсах (власне грижах) - на 3-5 сеансах, при секвестрованих грижах - на 4-6 сеансах з менш інтенсивною амплітудою рухів, причому ПІРМ розгиначів спини за один сеанс проводять близько 3-5 разів.

Корисна модель належить до медицини, зокрема до неврології, вертебрології та мануальної терапії і може бути використана для лікування медіальних та парамедіальних гриж міжхребцевих дисків попереково-крижового відділу хребта (в тому числі секвестрованих).

Відомим являється спосіб комбінованого консервативного лікування гриж міжхребцевих дисків попереково-крижового відділу хребта [1]. Прототип включає застосування вібровпливу, мануальної терапії, лікувальні медичні блокади в ділянці хребта, зокрема попереково-крижового відділу хребта. Однак при вказаному способі не враховується вид гриж міжхребцевих дисків, не описано застосування постізометричної релаксації м'язів (далі ПІРМ).

Найбільш близьким до даного способу лікування являється спосіб лікування пацієнтів з медіальними грижами міжхребцевих дисків попереково-крижового відділу хребта в Московському Центрі мануальної терапії [2]. Однак відомий спосіб лікування не враховує при виконанні ПІРМ розгиначів спини з якої сторони грижове вип'ячування і положення ліжаря не дозволяє зробити повноцінну ПІРМ. Також не враховуються розміри гриж міжхребцевих дисків, від яких залежить кількість

процедур, інтенсивність амплітуди рухів при виконанні ПІРМ.

Задачею корисної моделі являється при виконанні ПІРМ розгиначів спини максимально зменшити їх спазм, зокрема зі сторони грижового вип'ячування, що дає можливість більш раціонально проводити прийоми мануальної терапії (мобілізації, маніпуляції), які безпосередньо усувають функціональні блокади, тобто нормалізується об'єм рухів в хребтово-руховому сегменті.

Поставлена задача здійснюється наступним чином, що в положенні пацієнта на спині з максимально зігнутими в колінних та кульшових суглобах ногами на фазі - вдих 7-9сек. погляд вверх, учиняють легкий опір розгинанню ніг пацієнта плечовим поясом, на фазі видих 7-9сек., погляд вниз, плечовим поясом натискають на ноги пацієнта, висуваючи при цьому плече зі сторони грижового випинання або там де "акцент" грижі.

ПІРМ розгиначів спини виконують, враховуючи вираженість больового синдрому, вид та розмір грижі: при протрузіях на 2-4 сеансах, при пролапсах (власне грижах) - на 3-5 сеансах, при секвестрованих грижах - на 4-6 сеансах з менш інтенсив-

(13) U

(11) 7645

(19) UA

ною амплітудою рухів, причому ПІРМ розгинає спини за один сеанс проводять близько 3-5 разів.

Після максимального розтягнення спазмованих м'язів розгинає спини виконують прийом мобілізації та маніпуляції. Перед прийомами мануальної терапії використовують електропунктуру.

Клінічний приклад:

Хвора М., 42р., іст.хв.: 0953203437/285, звернулася зі скаргами на болі в попереку та лівій нозі, відчуття затерпання по зовнішній стороні лівої ноги, погіршення ходи із-за болю.

Короткий анамнез: хворіє близько 16 років, після фізичного навантаження. Були загострення 2-3р. в 1 рік. Лікувалась амбулаторно. Весною 1999р. після фізичного навантаження стан погіршився. Лікувалась неодноразово стаціонарно, амбулаторно, були періоди покращення. Останнє загострення бл. тижня назад. Супутні хвороби: хр. холецистит.

Неврологічний статус: черепно-мозкові нерви без особливостей. Періостальні та сухожилкові рефлексі з рук D=S, живі, колінні рефлексі D=S, живі, ахіллові рефлексі S<D, знижені. Болючість при пальпації паравертебральних точок поперекового відділу хребта. С-м Ласега (+) зліва $\angle 20^\circ$; с-м Васермана (+) з двох сторін; с-м Мацкевича (+) зліва. Гіпестезія по ходу дерматома L5-S1 зліва.

Обстеження: магнітно-резонансна томографія (далі МРТ) - протрузія м/х дисків L3-L4-3мм, L4-L5-4мм, секвестрована грижа м/х диска L5-S1-9,9мм, спонділографія (остеохондроз поперекового відділу хребта), акупунктурна діагностика по Накатані (підвищення рівня показників фізіологічного коридору), аналіз крові і сечі (без особливостей). Лікування: мануальна терапія №10-12, електропунктура №10, медикаментозна терапія.

В результаті лікування відмічено покращення загального стану, зменшення больового синдрому, покращення неврологічної та вертебрологічної симптоматики, при МРТ - обстеженні (протрузія м/х диска L5-S1-4,8мм), покращення показників при діагностиці по Накатані (показники в межах фізіологічного коридору).

Лікувальні сеанси проводять 10-12 разів. У виключній більшості випадків, при пролапсах проводили 1 курс лікування. При секвестрованих грижах,

вузькому хребцевому каналі, вираженому больовому синдромі призначають повторний курс лікування через 1 місяць, з обов'язковим виконанням лікувальних фізичних вправ, носінням підтримуючого корсету.

Результати досліджень проведені у 78 хворих на дискогенний радикуліт з медіальними грижами - 41 хворий (52,6%), з них пролапси - 43,6%, секвестровані пролапси - 8,9%; парамедіальними грижами - 37 хворих (47,7%), з них пролапси - 7,7%, секвестровані пролапси - 39,7%.

Пацієнтів обстежують, по закінченню курсу лікування, з метою відзначення ефективності способу лікування МРТ, спонділографія, акупунктурна діагностика по Накатані, динаміка больового синдрому, зміна неврологічних та вертебральних симптомів.

В результаті лікування відмічено покращення загального стану, зміна неврологічних симптомів (підвищилися колінний та ахіловий рефлексі, зменшилась вираженість симптомів натягу, гіпестезія в зоні іннервації певних нервових корінців, тонічне напруження м'язів), зміна вертебральних симптомів (зменшився сколіоз, обмеженість рухів в хребті, функціональні блокади сегментів L1-S1, болючість паравертебральних точок, точок Валле), зміна розміру грижі при МРТ - обстеженні.

Ефективність лікування відмічалось у хворих з медіальними грижами міжхребцевих дисків попереково-крижового відділу хребта - 75%, з парамедіальними грижами міжхребцевих дисків попереково-крижового відділу хребта - 58%.

Таким чином, запропонований спосіб ефективний при лікуванні хворих з медіальними та парамедіальними грижами міжхребцевих дисків попереково-крижового відділу хребта.

Література:

1. Патент України №37907, М кл. А61Н1/00, А61Н23/00 "Спосіб комбінованого консервативного лікування гриж міжхребцевих дисків попереково-крижового відділу хребта" / Шульга О.М., Дзяк Л.А., Шульга О.О.

2. Ситель А.Б. Мануальная терапия. Руководство для врачей. - М.: Издатцентр, 1998. - 304с.