



УКРАЇНА

(19) UA (11) 29848 (13) U
(51) МПК (2006)
A61H 7/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) ЗАСТОСУВАННЯ СИСТЕМНОЇ РЕКОНСТРУКТИВНОЇ ТЕРАПІЇ ЯК СПОСОБУ ЛІКУВАННЯ МІГРЕНІ

1

2

(21) u200711713

(22) 23.10.2007

(24) 25.01.2008

(72) МЕДЯНИК ЗОЯ ІВАНІВНА, UA, ПОПОВА
ЛЮДМИЛА ПЕТРІВНА, UA, ПОПОВ СЕРГІЙ
ВІТАЛІЙОВИЧ, UA(73) МЕДЯНИК ЗОЯ ІВАНІВНА, UA, ПОПОВА
ЛЮДМИЛА ПЕТРІВНА, UA, ПОПОВ СЕРГІЙ
ВІТАЛІЙОВИЧ, UA

(56)

(57) Застосування системної реконструктивної
терапії як способу лікування мігрені.

Корисна модель відноситься до фізичної реабілітації, а саме до фізіотерапевтичних способів лікування мігрені.

Відомо багато способів лікування мігрені, в основному, медикаментозних, спрямованих на зняття гострих симптомів болю, збільшення тривалості ремісії між нападами тощо. Зокрема, відомий спосіб запобігання рецидиву мігрені (Пат. 76399С2, UA, МПК А61К31/404, А61Р25/06. Застосування елетриптану для запобігання рецидиву мігрені / Джексон Н.К., Аден С - Заявка №2001010653; Заявл. 14.06.1999; Опубл. 15.08.2006), що включає введення пацієнту ефективної кількості елетриптану або його фармацевтично прийнятної солі, або композиції.

Відомий спосіб лікування мігрені в міжнападному періоді захворювання (Пат. 2218189С1, RU, МПК А61М21/00, А61Н1/00. Спосіб лечения мигрени в межприступном периоде заболевания / Григорьева В.Н., Густов А.В., Куликова О.А., Корнилова Л.Е. - Заявка №2002113930/14; Заявл. 28.05.2002; Опубл. 10.12.2003), що об'єднує застосування курсів кінезотерапії й психотерапії та включає в курс кінезотерапії фізичні вправи для корекції постави, тренування м'язів і розтягання напружених м'язів, а в курс психотерапії - навчання й тренування з використанням різноманітних способів емоційно-м'язової релаксації та дихальних вправ, який відрізняється тим, що курси кінезотерапії й психотерапії проводяться паралельно й індивідуально, протягом 2-3 тижнів, по 8-Ю занять у кожному курсі, чергуючи через день кінезотерапію й психотерапію, і при цьому додатково в курс кінезотерапії включають лікувальні фізичні дозовані тренування на велоергометрі, у режимі, який застосовується для

хворих із серцево-судинною патологією, а в курс психотерапії додатково включають: психологічні впливи, що цілеспрямовано підвищують самооцінку хворого з використанням відтворення як мінімум чотирьох типів психофізіологічних станів, пов'язаних із задоволенням провідних типів біосоціальних потреб у безпеці; у свободі й незалежності; у досягненні мети й самореалізації; у схваленні, у визнанні й любові навколишніх з наступним позно-динамічним і вербальним закріпленням виникаючих при цьому психофізіологічних станів; психологічні впливи, що підвищують мотивацію хворого на видужання; психологічні впливи, що розширюють навички психофізіологічної саморегуляції й допомагають розв'язанню проблем, що найбільш турбують хворого.

Відомий спосіб лікування харчової алергії, що проходить із синдромом мігрені (Пат. 2095048С1, RU, МПК А61Н23/06, А61К33/00. Спосіб лечения пищевой аллергии, протекающей с синдромом мигрени / Гриценко А.Г., Гриценко К.А. - Заявка №94015913/14; Заявл. 28.04.1994; Опубл. 10.11.1997). Для підвищення ефективності лікування мігрені хворому проводять лікування сорбентом "Полісорб" у дозі 0.4-0.5г з наступним мануальним впливом на С7-Д2 із зусиллям 15-30 кг/см².

Відомі способи лікування мігрені малоефективні. Це пов'язане з тим, що вони, в основному, застосовуються вже під час нападу та спрямовані тільки на купіювання синдромів болю, тобто не усувають причини захворювання, а лише полегшують його перебіг.

Причина відсутності дотепер способів повного лікування мігрені криється в невідомості причин її розвитку. Наш багаторічний досвід успішно

(19) UA (11) 29848 (13) U

реабілітації пацієнтів, що страждають на мігрень, показує, що причина мігрені криється в порушенні правильного анатомічного статусу шийного відділу хребта та плечового поясу, що призводить до порушення мозкового кровообігу.

Неправильне просторове положення шийних хребців, органічне переродження м'язів і зв'язкового апарата навколо них призводить до стиснення судин, які живлять мозок, що веде до порушення їхніх функціональних можливостей. За рахунок подібного порушення мозкового кровообігу і виникає головний біль у більшості людей. Нападоподібний його характер залежить від ступеня стиснення цих судин і ступеня набрякості прилеглих тканин. А він варіюється залежно від фізичного навантаження (фізична перенапруга), від наявності стресових ситуацій, метеофакторів, опосередковано, але досить сильно, на нього впливає стан здоров'я шлунково-кишкового тракту, нирок та ін.

Типовою є ситуація, коли напад мігрені виникає після загострення хронічних захворювань органів травлення. У ті дні, коли організм погано справляється із засвоєнням їжі, в організмі збільшується обсяг продуктів неправильного метаболізму. Це створює додатковий набряк м'язової тканини, що накладається на вже отверділі в процесі органічного переродження м'язи. Звичайно набряк більш виражений на одній із сторін тіла - на тій з них, де знаходиться орган, функції якого порушені. Наприклад, якщо в людини погано працює печінка, це права сторона; якщо підшлункова залоза - ліва; якщо є різниця в роботі нирок, то набряк буде на боці більш ураженої нирки. Відповідно, у людини буде боліти права або ліва сторона голови, тому що набряк на стороні ураження звичайно досягає шиї й додатково здавлює судини, що живлять мозок.

Тому що артеріальний тиск вище венозного, кров, що надходить, здатна перебороти зону звуження судин, а крововідтік ускладнено. Судини мозку переповнюються кров'ю й розширюються, створюючи тиск на тканини мозку. Залежно від того, у якій ділянці мозку це найбільш виражено, супутні мігрені симптоми можуть різнитися: наприклад, світлобоязнь і зорові розлади (аура), нестерпність звуків, запаморочення, нудота, іноді, втрата свідомості. Імовірно, що пульсуючий характер болю пояснюється механізмом роботи венозних клапанів, для відкриття яких необхідне накопичення певного тиску крові. При цьому клапан відкривається, і тиск спадає. Цей процес носить періодичний характер, викликаючи характерну нерівномірність (пульсацію) болю.

Нерідко в літературі (наприклад, Moskowitz M.A., Cutrer F.M. Possible importance of neurogenic inflammation within the meninges to migraine headaches / H.L. Fields, J.C. Liebeskind (Eds.) Progress in Pain Research and Management. - Seattle: IASP Press, 1993. - P. 43-49.) можна зустріти твердження, що мігрень найчастіше буває правобічною. Логічне пояснення цьому - правобічна трудова орієнтація. У людей, що займаються фізичною працею, набряк правої руки часто зачіпає й шию, тому в них найчастіше

відмічається правобічна мігрень. У людей, не пов'язаних з фізичною працею, може боліти як одна, так і інша половина голови.

Із усього вищесказаного можна зробити такі висновки: мігрень виникає в осіб, що мають порушення обміну речовин і органічне переродження тканин ОРА, що супроводжується просторовими зміщеннями його елементів і призводить до порушення мозкового кровообігу. У більшості таких людей виявляються зміщення хребців у шийному відділі хребта.

Задачею пропонованої корисної моделі є пошук методу лікування мігрені, який діє безпосередньо на її причини, що дозволяє усувати органічні переродження тканин ОРА в області шиї й плечового поясу, знімати неанатомічні навантаження з елементів ОРА та репозиціонувати їх на анатомічно правильні місця в просторовій конструкції, знімаючи тим самим неанатомічні навантаження з судин і відновлюючи правильний мозковий кровообіг.

Для вирішення поставленої задачі пропонується застосовувати системну реконструктивну терапію (Спосіб системної реконструктивної терапії опорно-рухового апарата / Медяник З.И., Попова Л.П., Попов С.В. - Заявка №u200708803, UA, МПК А6Ш7/00; Заявл. 30.07.2007). Системна реконструктивна терапія (СРТ) - це універсальний спосіб відновлення й підтримки правильного анатомічного статусу опорно-рухового апарата людини, що представляє собою систему механічних коригувальних впливів на ОРА. Процес фізичної реабілітації складається з окремих сеансів СРТ, під час кожного з яких системно коректують весь ОРА з урахуванням віддалених наслідків цієї корекції. Сеанс СРТ починають з системного діагностування ОРА. Формують концепцію сеансу СРТ відповідно до індивідуального динамічного малюнка деструкції ОРА та загального плану реабілітації пацієнта. На підставі концепції сеансу СРТ складають план сеансу СРТ. Здійснюють коригувальні впливи, якими усувають неанатомічні утворення в ОРА, обертають органічні зміни, відновлюють правильний склад та властивості тканин ОРА і форму його елементів, репозиціонують елементи ОРА на анатомічно правильні місця в просторовій конструкції шляхом ітеративного застосування адаптивного реконструктивного терапевтичного пресингу відповідно до плану сеансу СРТ, який може коригуватися залежно від результатів впливу. Наприкінці сеансу СРТ оцінюють його результати з урахуванням мети сеансу СРТ, стану тканин ОРА і його стійкості. Повертаються до етапу системного діагностування ОРА, якщо є підстави для продовження сеансу СРТ, переводять пацієнта на режим профілактики у випадку, якщо поточний анатомічний статус ОРА близький до правильного анатомічного статусу, або призначають новий сеанс СРТ у протилежному випадку.

СРТ має повний набір необхідних засобів для вирішення задачі пропонованої корисної моделі: вона дозволяє дезінтегрувати депозитарні гіперструктури в ОРА, відновлювати правильні

склад і властивості тканин ОРА та правильне просторове положення його елементів, усуваючи тим самим неанатомічні навантаження з елементів інших систем організму, включаючи кровоносну.

Поставлена задача вирішується шляхом спрямованого застосування СРТ для відновлення правильного анатомічного статусу шийного відділу хребта й плечового поясу. В результаті цих впливів вивільняються судини, що живлять мозок, і відновлюється нормальний мозковий кровообіг. Таким чином, розривається патологічний зв'язок між набряками в тілі пацієнта й головним болем, напади мігрені більше не виникають.

За допомогою запропонованого в цій корисній моделі методу ми допомогли тисячам людей, що страждали на мігрень, повністю позбавивши їх від цих нападів. Відновлення правильного складу й властивостей м'язової тканини та ліквідація зміщень шийних хребців допомагали завжди, і навіть тим пацієнтам, хто страждав на мігрень з дитинства по 30-40 років. Для досягнення бажаного результату звичайно досить 2-3 сеансів СРТ.

Приклад

Пацієнтка Б.Н., 18 років.

Скарги. Постійний (майже щоденний) головний біль з 7-літнього віку. Біль ниючий, але періодично (1-2 рази в тиждень) він переходять у сильний напад. Напади головного болю майже завжди супроводжуються запамороченням, нудотою й блювотою, іноді до всього цього додається сильне тремтіння всього тіла, яке бачать навіть навколишні. 1-2 рази на місяць під час нападів буває повна втрата свідомості.

Лікування в медичних установах. Неодноразово лежала в стаціонарі, пройшла повне обстеження. Комп'ютерна діагностика відхилень не виявила, енцефалограма в нормі, з боку внутрішніх органів змін немає, аналізи крові й сечі в нормі, з боку щитовидної залози та інших залоз внутрішньої секреції патології немає. Діагноз - мігрень. Постійно проводилися курси медикаментозного лікування, позитивного ефекту не досягнуто.

Первинна діагностика. У дівчини тверде тіло, яке неможливо пром'яти, всі м'язи органічно перероджені. Все тіло - суцільна депозитарна гіперструктура. Грудна клітка зміщена, шия зміщена й утягнена в плечі, шийні хребці повернуті навколо вертикальної осі, порушена симетрія голови у фронтальній площині.

Реабілітація. Перший сеанс Б.Н. ми проводили з великою обережністю, тому що найменші дотики до шиї викликали в неї напади запаморочення. На цьому сеансі ми лише частково роз'єдали депозитарну гіперструктуру у верхній частині тіла й трохи посунули шийні хребці в правильному напрямку. І відразу очі дівчини прояснилися, стали променистими (до цього були мутними). Через 2 тижні Б.Н. прийшла на 2-й сеанс. На наше питання, чи болять у неї голова, вона відповіла негативно. Б.Н. прийняла ще кілька сеансів СРТ, після яких анатомічний статус шийного відділу хребта й плечового поясу був вже близький до правильного. Через півроку дівчина прийшла на

контрольний сеанс СРТ і сказала, що за весь цей час у неї жодного разу не боліла голова, а про свою мігрень вона вже просто забула.