



УКРАЇНА

(19) UA (11) 53257 (13) U
(51) МПК (2009)

A61K 31/00

A61H 15/00

A61H 21/00

A61H 23/00

A61H 39/00

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

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ МІОФАСЦІАЛЬНИХ БОЛЬОВИХ СИНДРОМІВ У ПІДЛІТКІВ З НЕВРОТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ ПРИ КОМП'ЮТЕР-ОРІЄНТОВАНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ

1

2

(21) u201005266

(22) 29.04.2010

(24) 27.09.2010

(46) 27.09.2010, Бюл.№ 18, 2010 р.

(72) МІТЕЛЬОВ ДМИТРО АНАТОЛІЙОВИЧ, МИХАЙЛОВА ЕМІЛІЯ АУРЕЛІВНА, МІТЕЛЬОВА ТЕТЯНА ЮРІВНА

(73) ДЕРЖАВНА УСТАНОВА "ІНСТИТУТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ АМН УКРАЇНИ"

(57) Спосіб лікування міофасціальних больових синдромів у підлітків з невротичними розладами при комп'ютер-орієнтованій діяльності шляхом комбінованої терапії: рефлексотерапії на біологічно активні точки м'язів спини та шиї, стретч-гімнастики та масажу цих ділянок тіла, релаксативної психотерапії та фармакотерапії, який **відрізняється** тим, що сеанси поверхневої багатоголча-

тої рефлексотерапії виконують за допомогою метало голчатого аплікатора М. Г. Ляпко щодня в першу половину дня протягом 2-х тижнів тривалістю сеансу 20 хв.; стретч-гімнастику виконують шляхом розтягування основних м'язових груп протягом 20-25 сек. кожна з 2-4-кратним повтором, вранці та ввечері, а також під час роботи за комп'ютером через кожний час тривалістю сеансу 10-15 хв.; масаж здійснюють у кількості 10-15 щоденних сеансів тривалістю 30-40 хв. кожний із застосуванням заспокійливої ароматерапевтичної масажної олії, медикаментозне лікування включає вживання препаратів: нотта в дозі 10-15 крапель (або 1 табл.) 3 рази на добу до прийому їжі сублінгвально або седавіт по 1 ч. л. (або 1 табл.) 3 рази на добу протягом 3-4 тижнів, психотерапію проводять у кількості 10 сеансів.

Корисна модель стосується медицини, а саме підліткової неврології, психіатрії та гігієни, і може бути використаним у лікуванні міофасціальних больових синдромів у підлітків з невротичними розладами при комп'ютер-орієнтованій діяльності.

Міофасціальний больовий синдром - варіант соматогенного болю, джерелом якого є скелетні м'язи і прилеглі фасції, може виникати в різному віці внаслідок неоптимального рухового стереотипу, що формується на тлі диспластичних змін опорно-рухового апарату, гіподинамії, тривалого перебування у нефізіологічних умовах з перенапруженням окремих м'язових груп під час роботи за комп'ютером, нічного сну, у положенні сидячи за столом, виконанні стереотипної, роботи, під впливом хронічного емоційного стресу, при невротичних розладах (насамперед неврастенії та депресивному невротичному розладі), а також при соматичній патології.

Аналіз провідних чинників, що безпосередньо впливають на стан здоров'я підлітка у сучасному соціумі, свідчить про:

- значну поширеність у дитячо-підлітковій популяції недиференційованих варіантів дисплазії сполучної тканини;

- високу питому вагу комп'ютерної ігрової діяльності в структурі дозвілля з формуванням в окремих випадках комп'ютерної залежності;

- велику кількість затяжних та хронічних форм невротичних розладів та їх патоморфоз.

Таким чином, у підлітковому віці існує багато передумов для виникнення міофасціального больового синдрому різної локалізації (частіше у м'язах шиї та верхнього плечового поясу), що потребує проведення своєчасних корекційних заходів.

Відомий спосіб лікування міофасціального болю передбачає дію безпосередньо на м'які тканини в епіцентрі болю шляхом розтягнення шкірно-підшкірної складки з помірним здавленням і інтен-

(13) U

(11) 53257

(19) UA

сивним скручуванням навколо ущільнених зон [Аналог: Пат. 2139030, RU, МПК А61Н39/04. Способ лечения миофасциальной боли /Л.А. Разломий [та ін.]; заявник Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей. — № 98110097/14; заяв. 22.05.98; опубл. 10.10.99]. Недоліками цього способу є відсутність урахування супутніх нервово-психічних захворювань, структури дозвілля підлітка з переважанням тривалого перебування за комп'ютером і, відповідно, відсутність профілактичного компонента.

Відомий спосіб лікування міофасціального болювого синдрому на підставі використання рефлексотерапії з дією на больові (тригерні) точки та вживання спазмолітиків [Аналог: Пат. 56978, UA, МПК А61Н 39/06. Спосіб лікування міофасціального болювого синдрому «акупунктурна міорелаксація» / М.О.Трофіменко; заявник і патентовласник Трофіменко Микола Олександрович. - № 2003043111; заяв. 08.04.03; опубл. 15.04.05, Бюл. № 4]. Недоліками цього методу є необхідність багатократного занурення голки в точки найбільшої напруги спазмованого м'яза, що супроводжується вираженими больовими відчуттями, а також відсутність корекційних заходів щодо емоційного стану пацієнта.

Найбільш близьким за технічною суттю є спосіб лікування міофасціального болювого синдрому, що полягає у використанні медикаментозної терапії, масажу, рефлексотерапії та мануальної терапії: здавлювання болісного м'яза в його тригерній точці з поступово зростаючим зусиллям, сполучення виконання здавлювання з пасивним розтягуванням болісного м'яза [Прототип: Пат. 2181995, RU, МПК А61 Н1/00. Способ лечения миофасциального болевого синдрома / И.Ю.Курбатов; заявник і патентовласник Курбатов Игорь Юрьевич. - № 2001124931/14; заяв. 09.12.01; опубл. 05.10.02].

Недоліками цього способу є використання великої кількості фармакологічних препаратів, неможливість провести розтягнення спазмованих м'язів самостійно, відсутність корекційних заходів щодо емоційного стану пацієнта та елементів профілактики рецидиву захворювання.

Задачею корисної моделі, що заявляється, є створення такого способу лікування міофасціальних больових синдромів у підлітків з невротичними розладами, при якому, використовуючи масаж, рефлексотерапію, стретч-гімнастику, психо- та фармакотерапію, можна запобігти формуванню у хворих підлітків з невротичними розладами при комп'ютер-орієнтованій діяльності емоційного стресу, тривоги, депресивних розладів, а в подальшому і виникненню хронічної м'язової напруги, періодичного головного болю.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі здійснюють: комбіновану дію на біологічно активні зони спини та шиї пучком голок (метод мей-хуа-чжень), виконання стретч-гімнастики для основних груп м'язів, спрямованої на їх розтягнення та зняття гіпертонусу, сеанси масажу м'язів спини та шиї із застосуванням ароматерапевтичної масажної олії з седативним та релаксаційним ефектом, поведінкову і релаксаційну психотерапію

та фармакотерапію за допомогою седативних препаратів рослинного походження.

Спосіб виконується таким чином. Хворому підлітку проводять комбіновану терапію, яка включає: рефлексотерапію, стретч-гімнастику, масаж м'язів спини та шиї, психотерапію та медикаментозне лікування.

Сеанси поверхневої багатоголчастої рефлексотерапії із застосуванням металоголчастої аплікатора М.Г.Ляпко проводять щодня в першу половину дня протягом 2-х тижнів. Тривалість сеансу - 20 хв.

Стретч-гімнастику здійснюють для м'язів спини та шиї шляхом розтягування основних м'язових груп протягом 20-25 секунд, кожна з 2-4-х кратним повтором, вранці та ввечері, а також безпосередньо під час роботи за комп'ютером через кожний час. Загальна тривалість кожного сеансу 10-15 хвилин.

Крім того, проводять 10-15 щоденних сеансів масажу м'язів спини та шиї тривалістю 30-40 хв., кожний із застосуванням заспокійливого ароматерапевтичної масажної олії (Ароматика, Україна), до складу якої входять натуральна персикова олія; натуральні ефірні олії — лавандова, валеріанова, геранієва, майоранова, вітамін Е.

В медикаментозне лікування включають вживання препаратів: нотта (Richard Bittner, Австрія) у дозі 10-15 крапель (або 1 таблетка) 3 рази на добу до прийому їжі сублінгвально, або седавіт (Артеріум, Україна) по 1 чайній ложці (або 1 таблетці) 3 рази на добу протягом 3-4 тижнів.

Терапевтичний ефект досягається за рахунок рефлекторно-механічної дії на больові (тригерні) точки і високого виборчого мікроелектрофорезу металів (цинк, мідь, залізо, нікель, срібло), зниження збудженості центральної і вегетативної нервової систем, нормалізації психоемоційного стану, ліквідації м'язового гіпертонусу та болювого синдрому, зниження рефлекторної напруги основних м'язових груп, підвищення активності антиноцицептивних систем, підвищення ефективності лікування невротичних розладів, пом'якшення негативної дії на організм підлітка при комп'ютер-орієнтованій діяльності.

Метод відрізняється інтегративною дією на усі ланки патогенезу виникнення міофасціального болювого синдрому у підлітків з невротичними розладами при комп'ютер-орієнтованій діяльності, враховує психофізіологічні особливості підліткового віку та патоморфоз невротичних розладів, простотою застосування, безпекою, неінвазивністю, низькою вартістю курсу лікування.

Приклад, який ілюструє спосіб.

Хворий 3. 14 років (і. х. № 1346) під час перебування на стаціонарному лікуванні пред'являв скарги на болі у шийному відділі хребта з іррадіацією у ліве плече, що посилюються після роботи за комп'ютером, зменшення обсягу рухів у шиї, напруженість, роздратованість, зниження працездатності, порушення сну, швидку стомлюваність, періодичний головний біль. Вищезгадані скарги стали вираженими протягом останнього року. В анамнезі були відсутні травматичні ушкодження голови та хребта.

У нейровертебрологічному статусі відмічався м'язовий гіпертонус та наявність больових (тригерних) точок в області шиї та верхнього плечового поясу, болючість паравертебральних точок у шийному та верхньо-грудному відділах хребта, зменшення обсягу активних та пасивних рухів в шийному відділі хребта, переважно поворотів вліво за рахунок м'язової асиметрії.

На підставі отриманих даних поставлено діагноз: неврастенія, синдром цервікобрахіалгії зліва.

Підлітку було проведене лікування у вигляді 10 сеансів поверхневої багатоголчатої рефлексотерапії із застосуванням універсального валика М.Г.Ляпко, 10 сеансів аромамасажу м'язів спини та

шиї, 10 сеансів релаксаційної психотерапії, крім того він виконував спеціальні фізичні вправи двічі на день та приймав седатив по 1 чайній ложці 3 рази на добу протягом 4 тижнів.

Після закінчення стаціонарного лікування відмічалось суттєве покращання загального самопочуття, ліквідація больового синдрому, повне відновлення обсягу рухів в шийному відділі хребта, нормалізація психоемоційного стану. Крім того, пацієнт продовжував виконання стретч-гімнастики у домашніх умовах та упорядкував діяльність за комп'ютером згідно з отриманими рекомендаціями. Обстеження у катамнезі підтвердило стійкість позитивного ефекту через один рік.