



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **112871** (13) **U**
(51) МПК (2016.01)
A61F 13/02 (2006.01)
A61F 5/00

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: u 2016 08661	(72) Винахідник(и): Горша Оксана Вікторівна (UA), Короленко Наталія Володимирівна (UA)
(22) Дата подання заявки: 08.08.2016	(73) Власник(и): Горша Оксана Вікторівна, вул. Слобідська, 60, м. Одеса, 65006 (UA), Короленко Наталія Володимирівна, вул. Св. Ріхтера, 129, кв. 8, м. Одеса, 65036 (UA)
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 26.12.2016	(74) Представник: Єфременко Наталія Іванівна
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 26.12.2016, Бюл.№ 24	

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ЦЕРВІКОГЕННОГО ГОЛОВНОГО БОЛЮ

(57) Реферат:

Спосіб лікування цервікогенного головного болю шляхом зменшення нестабільності шийного відділу хребта. При цьому на область хребта між лопатками Th5-Th7, уздовж хребта до CVII і далі до соскоподібного відростка накладають тейп на 3-5 днів з перервою 2-4 дні, тривалість курсу 4-6 процедур.

UA 112871 U

Корисна модель належить до медицини, а саме неврології, реабілітології та ортопедії, і призначена для лікування цервікогенного головного болю (ГБ).

Відомий спосіб лікувального впливу на патологічний стан організму згідно з патентом РФ № 2 143 255. Даний спосіб відрізняється травматичністю, що можна віднести до його недоліків.

5 Відомий також спосіб лікування нестабільності шийного відділу хребта згідно з патентом РФ № 2 239 403, даний спосіб також відрізняється підвищеною травматичністю.

Найбільш близьким до способу, що заявляється, є спосіб діагностики і лікування нестабільності шийного відділу хребта у дітей, згідно з описом, наведеним в [1]. Відповідно до цього способу лікування проводилося в 3 етапи. На першому, початковому етапі, здійснювалася корекція різновеликої довжини нижніх кінцівок і деформації стоп за допомогою ортопедичних устілок, що виготовляються індивідуально. Одночасно, стаціонарно (2 етап) проводилася мануальна терапія хребта, що включає релаксаційні методики, мобілізацію, а також інші маніпуляції. З перших сеансів мануальної терапії дітям фіксували шийний відділ хребта за допомогою ватного коміра. Він використовувався щодня протягом двох тижнів, до кінця курсу мануальної біомеханічної корекції хребта. Одягався вранці, знімався перед сном. Здійснювалася стабілізація хребетно-рухових сегментів, яка особливо важлива при їх гіпермобільності. Одночасно створювалася легка тривала тракція шийного відділу і, відповідно, релаксація м'язів, які знаходяться в спазмі. Для ліквідації наслідків гіподинамії шийного відділу і зміцнення зв'язково-м'язового апарата проводилася ізометрична гімнастика з опором, не знімаючи коміра. Сила опору була помірною до почуття дискомфорту і болю. Час скорочення м'язів починали з 5 с і, поступово збільшуючи, закінчували до третього тижня 7-8 с, в залежності від віку. Час релаксації так само спочатку складав 5 с, потім до кінця 2 тижні його збільшували до 6 с, а до кінця 3 тижня знову зменшували до 5 с.

Третій етап починався після виписки хворого зі стаціонару. Дітям амбулаторно 25 призначалася лікувальна гімнастика для формування м'язового корсета і подальшої корекції постави і деформації стоп.

Контрольне дослідження проводилося відразу після біомеханічної мануальної корекції хребта, а ортопедичний огляд додатково через 6 місяців.

Даний спосіб вибраний нами як найближчий аналог.

30 Спосіб, що заявляється, і спосіб - найближчий аналог збігаються за ознакою відновлення стабільності шийного відділу хребта.

В основу корисної моделі, що заявляється, поставлено задачу створити спосіб лікування цервікогенного ГБ, що відрізняється атравматичністю та не погіршує якість життя при отриманні пацієнтом лікування.

35 Поставлена задача вирішена у способі лікування цервікогенного ГБ, що включає використання кінезіотейпування відповідних анатомічних ділянок шийного відділу хребта згідно з методикою, що розроблена.

Причинно-наслідковий зв'язок між сукупністю заявлених ознак і отриманим результатом можна пояснити наступним чином.

40 Основний механізм терапевтичного впливу кінезіотейпування - моделювання м'язово-фасціального сегмента, яке відбувається завдяки певному натягу і особливому наклеюванню стрічок тейпів. Методика кінезіотейпування основана на фіксації м'язового волокна в певних анатомічних сегментах, стимуляції м'язів (внаслідок впливу на пропріорецептори) і формуванні м'язового корсета в даній ділянці хребта. При тейпуванні м'язів шийно-комірцевої ділянки належним чином зменшується нестабільність в шийному відділі хребта, поліпшується кровообіг в судинах вертебро-базиллярного басейну, поліпшується лімфодренаж. Еластичні властивості тейпів наближені до еластичних параметрів шкіри, а бавовняна основа не перешкоджає диханню і випаровуванню з її поверхні. Ці властивості дозволяють залишати тейпи на шкірі до п'яти діб.

50 Спосіб здійснюється наступним чином.

Спеціаліст стоїть за спиною пацієнта, який сидить на стільці.

1. Беруть тейп шириною 5 см. Довжина визначається виміром відстані між межею волосся на потилиці і ділянкою між лопатками.

2. Куточки тейпа закругляються. Залишають кінчики по 5 см. Тейп розрізають посередині до 55 одного з якорів. Закругляють куточки.

3. Розривають папір на межі між якорями і основою.

4. Пацієнт підводить підборіддя до грудей (без значного напруження м'язів).

5. Відривають папір з якоря основи. Основу приклеюють на область хребта між лопатками (Th5-Th7).

6. Знімають поступово папір з бази однієї зі смуг і приклеюють уздовж хребта до CVII, знімають папір з якоря, ведуть тейп до соскоподібного відростка.

7. Повторюють дію з другою смугою.

8. Просять пацієнта підняти голову. Перевіряють наявність ліфтингу. Просять пацієнта повернути голову вправо-вліво, вперед-назад: перевіряють, чи волосся не потрапило під тейп, і не виникає дискомфорту.

9. Пацієнт носить тейп протягом 3-5 днів, потім його знімають. Через 2-4 дні перерви повторюють процедуру тейпування. Курс лікування складається з 4-6 таких процедур.

10. Контроль стану судин голови і шиї проводять через 4-6 місяців за допомогою транскраніальної доплерографії. У разі відновлення скарг на головний біль - раніше. При виявленні змін кровотоку по хребетних артеріях рекомендовано повторення курсу.

Наводимо приклад конкретного виконання способу.

15 Хвора А., 10 років, історія хвороби № 25940, звернулася на амбулаторний прийом до дитячого невролога Одеського обласного центру реабілітації «Майбутнє» зі скаргами на головний біль в потиличній області, з іррадіацією в скроневу та лобову зону. Біль періодично супроводжувався відчуттям шуму у вухах. Скарги частіше виникали в другій половині дня і/або після тривалого перебування в одній позі, відзначалися протягом півроку, і спостерігалася тенденція до збільшення частоти та інтенсивності болю.

20 Після комплексного обстеження, що включав збір анамнезу, огляд пацієнта, рентгенографію шийного відділу хребта в прямій і бічній проекціях, з функціональними навантаженнями (нахил голови вперед-назад), транскраніальну доплерографію судин голови і шиї, було поставлено діагноз «Цервікогенний головний біль».

25 Хворій проведено тейпування м'язів шиї і комірцевої області 1 раз на тиждень. Тейпи перебували на шкірі протягом 5 діб з подальшою перервою у 2 доби. Проведено чотири таких процедури. Інтенсивність головного болю зменшилася на першому тижні лікування. З другого тижня лікування пацієнтка скарг не пред'являла.

Контроль включав виконання транскраніальної доплерографії судин голови і шиї, на якому не відзначалося порушення кровотоку, в тому числі і по хребетних артеріях.

30 На базі Одеського обласного центру реабілітації «Майбутнє» перебували під динамічним наглядом і отримали повний курс відновного лікування 53 дитини зі скаргами на головний біль різного характеру, у яких було встановлено діагноз цервікогенного головного болю, що виник в результаті нестабільності в шийному відділі хребта.

35 Після застосування курсу кінезіотейпування у всіх пацієнтів відзначали позитивну динаміку клінічного стану: зменшення (15,1 %) частоти, інтенсивності або припинення (84,9 %) головного болю, поліпшення загального самопочуття (зниження стомлюваності, поліпшення сну, успішності).

При контрольній доплерографії реєстрували відновлення кровотоку по хребетних артеріях з відновленням індексу резистентності. Повне відновлення кровотоку по хребетних артеріях спостерігали у 77,3 % дітей, у решти - відзначалася позитивна динаміка.

40 При обстеженні та лікуванні пацієнтів медичним персоналом було вжито заходи, спрямовані на забезпечення їх безпеки. Лікування проводилося тільки при отриманні добровільної згоди пацієнтів або осіб, що представляють їх інтереси. При обстеженні персонал дотримувався морально-етичних норм, відповідно до Принципів Гельсінської декларації прав людини, Конвенції Ради Європи про права людини та біомедицину, відповідних Законів України.

45 Джерело інформації:

1. Орлова М.А. Діагностика та лікування нестабільності шийного відділу хребта у дітей: автореф. дис. к.м.н. - Санкт-Петербург, 1996. - 17 с.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

50 Спосіб лікування цервікогенного головного болю шляхом зменшення нестабільності шийного відділу хребта, який **відрізняється** тим, що на область хребта між лопатками Th5-Th7, уздовж хребта до CVII і далі до соскоподібного відростка накладають тейп на 3-5 днів з перервою 2-4 дні, тривалість курсу 4-6 процедур.

55

Комп'ютерна верстка Д. Шеверун

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Василя Липківського, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

ДП "Український інститут інтелектуальної власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601