



УКРАЇНА

(19) UA (11) 28849 (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) СПОСІБ СИСТЕМНОЇ РЕКОНСТРУКТИВНОЇ ТЕРАПІЇ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

1

2

(21) u200708803

(22) 30.07.2007

(24) 25.12.2007

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

(56)

(57) Спосіб системної реконструктивної терапії (СРТ) опорно-рухового апарату (ОРА), що являє собою систему механічних коригувальних впливів на ОРА, спрямованих на відновлення та підтримку його правильного анатомічного статусу, який **відрізняється** тим, що 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, репозиціюють 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.

Корисна модель відноситься до фізичної реабілітації, а саме до фізіотерапевтичних способів впливу на опорно-руховий апарат (ОРА) людини з метою відновлення та підтримки його правильного анатомічного статусу.

Відомо досить багато методів фізичної реабілітації, що вирішують деякі локальні завдання, такі як лікування певного захворювання, усунення синдромів болю, відновлення функціональних можливостей, обмежених внаслідок певної патології, і таке інше. Найбільш розповсюдженими з них, зокрема, є масаж, мануальна терапія, лікувальна фізкультура, акупунктура тощо.

Відомий спосіб лікувально-діагностичного масажу [Пат. 2131716С1, RU, МПК А61Н7/00, 15/00 Спосіб лечебно-диагностического массажа / Таубе Т.А. - Заявка №95120855/14; Заявл. 7.12.1995; Опубл. 20.06.1999], що полягає в підсиленому рівномірному вигладжуванні уздовж хребетного стовпа по обидва боки від хребта.

Починають із сьомого шийного до крижового хребців у місцях відходження й по основних корінцях, що іннервують органи, до утворення контрастної гіперемії. Здійснюють детальний підсилений масажний вплив круговими рухами в областях контрастної гіперемії й визначають топографію й розміри області збуджених органів і функціональних порушень по одержанню їхньої проекції на шкірні покриви у вигляді петехій. Здійснюють лікувальний масаж повторним пасивним рівномірним вигладжуванням по зонах отриманих проекцій і по основних корінцях органів, що іннервуються.

Недоліками даного способу є локальний характер впливу на організм (тільки область спини), однотипність впливу (не залежна від конкретного стану тканин пацієнта) і неможливість впливу на просторове положення елементів ОРА пацієнта.

Відомий спосіб реабілітації пацієнтів з патологією опорно-рухового апарату [Пат.

(13) U

(11) 28849

(19) UA

2187293C1, RU, МПК А61Н7/00 Спосіб реабілітації пацієнтів с патологией опорно-двигательного аппарата / Сафоницева О.Г. - Заявка №2000128901/14; Заявл. 21.11.2000; Оpubл. 20.08.2002]. Для цього усувають патологічні шкірно-фасціальні-м'язові фіксації шляхом розминання, розтягування, скручування шкірно-підшкірних складок з переміщенням у вертикальному напрямку по хребту, паравертебральним лініям і по бічних сполучно-тканинних перегородках, потім у горизонтальному напрямку по поперечних кісткових структурах. Після цього шкірно-підшкірні складки переміщують по передній серединній лінії від яремної вирізки до симфізу й по поперечних кісткових структурах, вирівнюють вертикальну вісь тулуба й центр ваги шкірно-фасціальну технікою шляхом впливу на місця прикріплення м'язів до кулястих тазостегнових і плечових суглобів, релаксують укорочені м'язи тулуба й відновлюють тонус м'язів у межах синергій нижніх і верхніх кінцівок. При цьому курс лікування складає 7-9 сеансів щодня по 35-40мін. Спосіб дозволяє відновити рухливість тканин і зменшити болісність.

Недоліками даного способу є типовий характер впливу на ОРА (що не враховує індивідуальний характер малюнка системної деструкції пацієнта), відсутність системності, неможливість усунення органічних змін у тканинах ОРА.

За прототип обрано відомий спосіб відновлення фізіологічного стану організму [Пат. 005046В1, ЕА, МПК А61Н 1/00, А63В 23/00 Спосіб восстановления физиологического состояния организма (варианты) и способ формирования мышц / Гладченко А.В. - Заявка №200300774; Заявл. 17.06.2003; Оpubл. 28.10.2004], що включає обстеження, визначення стану кожної групи м'язів, складання програми впливу, вплив на групу м'язів шляхом виконання комплексу фізичних вправ з формуванням м'язів і груп м'язів відповідно до програми, з наступним контролем і коригуванням програми, який відрізняється тим, що до впливу на кожну групу м'язів здійснюють видалення продуктів обміну з фасції м'яза, що перебуває в стані гіпернапруги, і з самого м'яза, а після завершення впливу здійснюють видалення продуктів обміну з розтяганням відповідних фасцій і м'язів, при цьому визначають і порівнюють стан м'язів і/або груп м'язів для кожної анатомічної пари м'язів і/або груп м'язів, у програму впливу включають спеціальний комплекс фізичних вправ, обраний з можливістю досягнення еквівалентного стану м'язів і/або груп м'язів для кожної анатомічної пари м'язів і/або груп м'язів, причому кожну вправу комплексу вибирають із завданням для кожного м'яза циклу стану скорочення-напруга-розтягання-розслаблення, а кожне наступне виконання кожної вправи комплексу здійснюють зі зміною щонайменше одного параметра впливу в просторі відповідно до програми розвитку максимальної кількості груп м'язів.

Недоліками прототипу є спрямування коригувальних впливів лише на м'язи,

неможливість усунення неанатомічних утворень в ОРА пацієнта і неможливість відновлення правильного просторового положення елементів ОРА.

Ретельне вивчення цих та багатьох інших способів впливу на опорно-руховий апарат показує, що загального підходу, який дозволяв би відновлювати та підтримувати правильний анатомічний статус ОРА в цілому, досі не існує. Це обумовлено тим, що всі існуючі способи спрямовані лише проти окремих відхилень стану ОРА від правильного анатомічного статусу, а не проти загального процесу його системної деструкції, який є причиною цих відхилень.

Таким чином, задача корисної моделі - створити спосіб впливу на опорно-руховий апарат людини з метою відновлення та підтримки його правильного анатомічного статусу шляхом протидії процесу системної деструкції ОРА, відновлення анатомічно правильного складу та властивостей тканин ОРА, анатомічно правильної форми й просторового положення його елементів, сприяння процесам самовідновлення організму й керування ними.

Поставлена задача вирішується за допомогою системної реконструктивної терапії (СРТ). СРТ - це система механічних коригувальних впливів на ОРА пацієнта з метою відновлення (реконструкції) і підтримки його правильного анатомічного статусу. У процесі застосування СРТ реабілітолог індивідуальним шляхом для кожного пацієнта згідно його індивідуальному динамічному малюнку деструкції планує й організовує в часі й просторі реконструктивні впливи на тканини організму за допомогою адаптивного реконструктивного терапевтичного пресингу [Спосіб реконструктивного впливу на тканини організму - АРТ-пресинг / Медяник З.І., Попова Л.П., Попов С.В. - Заявка №200613031, UA, МПК А61Н7/00; Заявл. 11.12.2006]. Під час проведення СРТ реабілітолог одержує інформацію від ОРА й усього організму пацієнта і впливає на ОРА, мінімізуючи відхилення поточного анатомічного статусу ОРА від правильного анатомічного статусу. Реабілітолог протягом тривалого часу (від декількох днів до декількох років) цілеспрямовано й системно усуває неанатомічні утворення (депозитарні структури й гіперструктури) в ОРА пацієнта, ініціює та керує процесами відновлення правильного складу та властивостей тканин ОРА і форми його елементів, репозиціонує елементи ОРА на анатомічно правильні місця в просторовій конструкції. Таким чином, з деструктованого ОРА планомірно формується анатомічно правильний. Універсальність СРТ полягає в єдності підходу й ефективності реабілітації при будь-яких відхиленнях від правильного анатомічного статусу ОРА.

Спосіб здійснюється таким чином.

Реабілітація ОРА за допомогою СРТ - складний, багатоетапний процес, який складається з послідовності окремих сеансів СРТ, під час кожного з яких ОРА пацієнта переводять у новий стійкий стан, ближчий до правильного анатомічного статусу, для чого системно

коректують весь ОРА пацієнта з урахуванням віддалених наслідків цієї корекції. Сеанс СРТ починають із загального системного діагностування ОРА пацієнта. У результаті одержують всю необхідну інформацію для формування концепції сеансу СРТ, тобто визначення конкретної мети сеансу, необхідної дози впливу, часу, тощо згідно індивідуальному малюнку деструкції ОРА та загальному плану реабілітації пацієнта. Глобальною метою кожного сеансу СРТ є переведення ОРА пацієнта в новий стійкий стан, ближчий до правильного анатомічного статусу.

Далі складають план сеансу СРТ, при цьому визначають всі зони, у яких буде виконуватися корекція, послідовність впливу на них, і так аж до кожної окремої АРТ-операції (одного акту корекції ОРА за допомогою АРТ-пресингу від моменту торкання руками тіла пацієнта до моменту їхнього відриву). ОРА - динамічна система, його стан змінюється із часом і відразу після кожної коригувальної АРТ-операції (у результаті адаптації ОРА), тому попередній план може змінюватися по ходу сеансу СРТ залежно від результатів кожного коригувального впливу.

Коли план готовий, починають активну фазу сеансу, що полягає в багаторазовому ітеративному застосуванні АРТ-пресингу для виконання наміченого плану й досягнення мети сеансу СРТ. Спочатку вибирають зону корекції ОРА, а всередині її - місце початку АРТ-операції. АРТ-операція є складним адаптивним процесом, що включає діагностування тканин ОРА в місці проведення АРТ-операції, ухвалення рішення про мету поточної АРТ-операції й типи застосовуваних коригувальних впливів і, власне, виконання обраних впливів за допомогою АРТ-пресингу. У відповідь на впливи АРТ-пресингу негайно відбувається адаптація всього ОРА.

Одна АРТ-операція звичайно триває 1-5 секунд. По закінченні АРТ-операції здійснюють оцінювання її результатів з урахуванням її мети та стійкості всього ОРА в новому стані після його адаптації. Якщо результат незадовільний, то планують і виконують нову АРТ-операцію, і так доти, поки не буде досягнутий бажаний результат. Сеанс СРТ триває в середньому 20-30 хвилин, за цей час виконують 300-400 АРТ-операцій.

Таким чином, послідовно виконують корекцію всіх запланованих зон, поки не буде виконаний весь план корекції ОРА. Завершують сеанс СРТ оцінкою його результатів, ступеня досягнення мети сеансу, стану всіх тканин ОРА і його стійкості після корекції. Якщо виявляється, що зробленого впливу недостатньо, відбувається повернення до етапу системного діагностування ОРА, і сеанс триває. По закінченні сеансу СРТ здійснюють оцінювання поточного анатомічного статусу ОРА та визначають ступінь його близькості до правильного анатомічного статусу. Якщо потрібна подальша корекція, то призначають новий сеанс СРТ. Звичайно сеанси виконують із частотою один раз на тиждень. Якщо подальша корекція не потрібна, то пацієнта переводять на режим профілактики, при цьому йому дають індивідуальні

рекомендації з підтримки оптимального стану свого ОРА та рекомендують один раз у кілька місяців (звичайно 4-6) проходити контрольний сеанс СРТ. Якщо в ході контрольного сеансу виявляють відхилення від правильного анатомічного статусу, то пацієнта знову переводять на режим реабілітації із сеансами СРТ один раз на тиждень за наведеною схемою.

Приклад.

Пацієнтка О.Г., 17 років, учениця ПТУ, швачка.

Скарги. Сколіоз 3-го ступеня, болі в хребті, швидка стомлюваність, слабкість, запаморочення, відсутність апетиту.

Лікування в медичних установах. Перебувала 3 роки на лікуванні в спеціалізованому Інтернаті для дітей хворих на сколіоз. Надійшла туди з 2-м ступенем сколіозу, носила ортопедичний корсет, інтенсивно займалася лікувальною фізкультурою. Вийшла звідти з 3-м ступенем.

Первинна діагностика. О.Г. на вигляд дистрофічна, маленька, вкрай худа, ручки, як батоги, плечі неприродно підняті нагору, бліда, темні кола навколо очей, шкіра жовто-сірого кольору, очі тьмяні, безжиттєві. Здається, що це 12-тирічна дитина, а не 17-тирічна дівчина. Хребет слабенький, тоненький, немічний, висохлий, має S-образну форму. Мускулатура спини дуже тверда, рельєф її згладжений, спина жорстка і рівна, хребет ледь прощупується крізь твердий шар «цементу» - однорідного шару зрослих і отверділих тканин. «Зацементований» у цю депозитарну гіперструктуру хребет втратив рухливість. О.Г. не може ані зігнутися, ані розігнутися. У подібному стані органічного переродження й склеювання в спільні конгломерати були й всі інші частини тіла: таз, грудна клітка, руки, ноги, всі їхні кістки, м'язи, фасції, сухожилля, зв'язки.

Реабілітація. Дівчина прийняла 7 сеансів СРТ. За цей час вдалося розділити гіперструктури на складові частини, фрагментувати депозитарні включення, після розсмоктування яких всі м'язи тіла були активізовані. Відновився рельєф м'язів, їхня еластичність і скорочувальна функція. Хребет почав нормально забезпечуватися кров'ю та зміцнився, як і всі інші кістки. Зв'язки очистилися і знову стали еластичними, живими. Після ліквідації депозитарних гіперструктур відновилася правильна м'язова тяга. Після того, як ми вирівняли грудну клітку, ребра і таз, хребет перестав зазнавати неанатомічних навантажень, що згинали його, і значно вирівнявся.

Ми продовжували працювати з О.Г. і сказали батькам, що незабаром вона почне зростати і через півроку їй доведеться змінити весь одяг. Вони недовірили виступали й заперечили, що цього не може бути, тому що в інтернаті їх запевняли, що зростання дівчини закінчено і можна не побоюватися, що ступінь сколіозу стане 4-ю. Настала зима, О.Г. стала надягати зимове пальто, але воно не надягалось, тому що було їй вузьким і коротким. А навесні довелося замінити й весь інший одяг, включаючи білизну. Батьки сміялися й жартували, що ми їх розорили, через нас вони понесли великі матеріальні збитки.

Через рік у дівчини була вже струнка, гарна фігура, без будь-яких ознак сколіозу. І, незважаючи на те, що вона працює швачкою дотепер, спина її більше не турбує.