



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **44203** (13) **U**
(51) МПК (2009)
A61B 5/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ**ОПИС**
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту**(54) СПОСІБ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ПЕРЕДНЬОГО СПОНДИЛОЛІСТЕЗУ ПОПЕРЕКОВО-КРИЖОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗІ**

1

2

(21) u200903326

(22) 07.04.2009

(24) 25.09.2009

(46) 25.09.2009, Бюл.№ 18, 2009 р.

(72) ГУБЕНКО ВІТАЛІЙ ПАВЛОВИЧ, ГУБЕНКО
АНТОНІНА МАР'ЯНІВНА, ЖИГАДЛО ПАВЛО ЕДУ-
АРДОВИЧ, БУЛКА СЕРГІЙ ВАЛЕРІЙОВИЧ(73) НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІС-
ЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ІМ. П.Л.ШУПИКА(57) Спосіб комплексного лікування переднього
спонділолістезу попереково-крижового відділу
хребта при остеохондрозі, шляхом рефлекторно-
сегментарного масажу, медикаментозних блокад з

біостимуляторами, постізометричної релаксації м'язів, вакуумтерапії, який **відрізняється** тим, що додатково використовують вакуумний пристрій (наприклад, банку) чи інше подібне устаткування, який розташовують над остистим відростком для механічного зміщення ураженого хребця назад в фізіологічне нейтральне положення і одночасно на попереково-крижовому відділі хворого виконують пасивні рухи в вигляді латерофлексії по черзі вправо-вліво, а також після цього вводять паравертбрально прозерин і здійснюють електростимуляцію м'язів з наступною іммобілізацією корсетом.

Запропонована корисна модель відноситься до медицини та може бути використана в неврологічній, нейрохірургічній, ортопедичній та реабілітаційній практиці для лікування та реабілітації хворих вертеброгенними попереково-крижовими синдромами з переднім спонділолістезом I-II ступеня.

В теперішній час є відомим спосіб лікування хворих з вертеброневрологічними больовими синдромами, побудований на використанні мануальної терапії. Спосіб здійснюється шляхом біомеханічного впливу рук лікаря, направленою відновлення як біомеханіки сегментів хребта, так і відновлення при цьому нормальної позиції хребців. Цього вдається досягнути за рахунок релаксації м'язів, мобілізації сегментів (міжхребцевих суглобів), та маніпуляції з відновленням рухливості. При невиражених задніх здвигах хребців в початкових стадіях можлива корекція їх положення після мобілізації та маніпуляції за рахунок натискання ззаду в передньому напрямленні і при цьому отримання нормалізації (стати в серединне правильне) положення хребця та наступної іммобілізації сегментів корсетом. Але при передніх здвигах цього досягти неможливо, так як спереду немає достатньо відкритого підходу для натискання на тіло хребця в дорзальному напрямленні [1].

Найближчим аналогом, прийнятим за прототип, є спосіб лікування переднього спонділолістезу попереково-крижового відділу хребта, що включає рефлекторно-сегментарний масаж, медикаментозні блокади з біостимуляторами, постізометричну релаксацію м'язів та тракцію шляхом ручного впливу лікаря на пацієнта, який відрізняється тим, що додатково виконують спрямований вплив на сегмент L5-S1 у попереково-крижовому відділі хребта через передню черевну стінку [2].

Але даний спосіб лікування має ряд значних недоліків:

- ремісія досягається довгим періодом лікування;
- частіше наступають рецидиви захворювання;
- не достатньо враховується стан біомеханіки сегментів;

- вплив через передню черевну стінку не завжди можливий через, наприклад, надмірну вагу або супутні захворювання; не достатньо точним та цілеспрямованим може бути вплив на саме здвигу хребець;

В основу корисної моделі поставлено задачу усунення зазначених вище недоліків шляхом додаткового застосування вакуумної банки на зону ураження в поєднанні з активними боковими рухами хребта (латерофлексії) та блокадами, що доз-

UA (19)
44203 (11)
U (13)

волисть скоротити терміни лікування та подовжити період ремісії.

Поставлена задача досягається тим, що відомий спосіб, який включає рефлекторно-сегментарний масаж, медикаментозні блокади з біостимуляторами, постізометричну релаксацію м'язів, згідно з запропонованим рішенням додатково використовують в лікуванні вакуумний пристрій наприклад, банку, яку розташовують над остистим відростком для механічного зміщення ураженого хребця назад в фізіологічне нейтральне положення, і одночасно на попереково-крижовому відділі хворого виконують пасивні рухи в вигляді латерофлексії по черзі вправо-вліво, а також після цього вводять паравертебрально прозерин і здійснюють електростимуляцію м'язів з наступною іммобілізацією корсетом.

Запропонований спосіб лікування здійснюється наступним чином. Після встановлення клінічного діагнозу з врахуванням скарг, об'єктивних даних, додаткових методів дослідження (електроміографія, реовазографія, рентгенографія, магнітно-резонансна томографія) проводяться медикаментозні блокади з лідокаїном в уражений сегмент, а потім за допомогою пристрою з розрідженим повітрям (вакуумна банка) створюється сила, яка направлена в бік протилежний спондилолітезу.

Для відновлення структури розтягнутих та ослаблених м'язів та зв'язок в змінених сегментах, для ліквідації або зменшення проявів основних травмуючих елементів (остеофітів, зміщення хребців, набряк, запальний процес, грижі дисків) та вторинних травмуючих елементів (тригерні пункти, тунельні синдроми) застосовують комплексне лікування з використанням блокад, нейром'язової терапії (постізометричної релаксації м'язів), масажу, електростимуляції, ЛФК в необхідному обсязі, іммобілізації.

Проводиться введення лікувальних медикаментозних "коктейлів" на основі лідокаїну, в які входять препарати, такі як біостимулятори, що покращують метаболізм та кровообіг в уражених сегментах, створюють ефект розсмоктування для лікування нейроостеофіброзу в м'язах, підшкірній основі, сприяє розслабленню фасцій: плазмол, скловидне тіло, алфлутоп, ФІБС та ін.

Після медикаментозних блокад проводиться спеціальна процедура над зміщенням вперед хребцем, яка сприяє усуненню переднього спондилолітезу: в лежачому положенні за допомогою пристрою з розрідженим повітрям (вакуумною банкою), що розташована над остистим відростком ураженого хребця, створюється сила, яка направлена в протилежний бік (назад) від спондилолітезу. Одночасно створюються умови для помірного розтягнення уражених сегментів з одночасними рухами в них, що приводить до зменшення спондилолітезу. Ступінь зменшення спондилолітезу залежить від компенсаторних можливостей м'язово-зв'язкового апарату. В кінці кожного сеансу після застосування вакуумної банки в більш нормальному досягнутому положенні хребця проводиться введення прозерину і АТФ паравертебрально в уражений сегмент,

електростимуляція м'язів поперекового відділу хребта та іммобілізація сегментів від лікування за рахунок накладання попереково-крижового корсету. Через 30 хвилин після введення прозерину та АТФ проводилась ЕС поздовжніх паравертебральних та інших м'язів в залежності від особливостей виявленого больового синдрому, наявності міодистрофій та парезів. Для цього використовували поперекову зону (зона ураженого сегмента), м'язи з гіпотрофією, гіпотонією, дистрофічними змінами, паретичні м'язи - сідничні, м'язи стегна та гомілки.

Технічним результатом, що досягається запропонованим рішенням є підвищення ефективності лікування за рахунок додаткового використання вакуумної банки.

Приклад

Хвора С., 57 років, звернулася з скаргами на постійний сильний ниючий біль в попереково-крижовій ділянці з іррадіацією в праву ногу. Іррадіація болю була по задньо-наружній поверхні стегна, передній та задньо-бічний поверхні гомілки. Посилення болю відзначала при їзді в транспорті, рухах (особливо різких), фізичному навантаженні. Біль зменшувався в положенні лежачи на лівому (здоровому) боці із зігнутою в кульшовому та колінному суглобах правою ногою. Біль також зменшувався в горизонтальному положенні на спині із зігнутими колінами (клала подушку під коліна). Біль підсилювався також у положенні сидючи. Хворій легше лежати або стояти. Біль супроводжувався парестезіями по типу поколювання голок, повзання мурашок у гомілці та п'ятці.

У клінічній картині виявлено порушення ходи через біль та парез. Різко виражений гетеролатеральний сколіоз опуклістю у здоровий бік (вліво). Виявлено також гіперлордоз. Пальпаторно виявляється напруження III ступеня паравертебральних м'язів зліва, справа зниження тону.

Виявлено виражене обмеження рухів у попереково-крижовому відділі з напрямком уперед та вліво, менш виражене вправо і назад.

На МРТ попереково-крижового відділу на рівні LIV-V визначається задня парамедіанна справа протрузія міжхребцевого диска, яка поширюється в просвіт спинномозкового каналу до 4,1 мм. Зміщення хребця LIV вперед на 3,7 мм. На рівні LV-SI - задня центральна протрузія міжхребцевого диска до 3,5 мм. Нервові корінці стиснуті, більше справа. Сагітальний розмір спинномозкового каналу на рівні хребця LIV-13 мм. На рентгенограмі попереково-крижового відділу хребта відмічено зниження висоти міжхребцевого проміжника LIV-LV і зміщення тіла LIV вперед (передній спондилолітез) на 4 мм.

Лікування проведено запропонованим способом. На уражені сегменти проводили масаж, медикаментозні блокади з біостимуляторами, постізометричну релаксацію м'язів з наступною вакуумтерапією банкою, вводили паравертебрально прозерин, АТФ і здійснювали електростимуляцію м'язів, іммобілізували корсетом.

Застосовували едікаментозні блокади на основі лідокаїну з плазмолом, скловидним тілом,

алфлутопом, ФІБС в больові зони, місця нейроостеофіброзу, в перенапружені м'язи стегна, гомілки.

Після медикаментозних блоkad та постізометричної релаксації проводили вакуумтерапію банкою над остистим відростком зміщеного вперед хребця, яка сприяє усуненню переднього спонділолістезу.

Після цього вводили прозерин і АТФ паравертебрально в уражений сегмент та проводили електростимуляцію м'язів поперекового відділу хребта та іммобілізація сегментів від лікування за рахунок накладання попереково-крижового корсету. Через 30 хвилин після введення прозерину та АТФ проводилась ЕС поздовжніх паравертебральних м'язів, сідничних, м'язів стегна та гомілки.

Комплексне лікування проводили курсом, який тривав один місяць (проведення 20 процедур).

Стан значно поліпшився. Значно зменшилися болі в спині та правій нозі, покращилась функція рухомості. Позиція хребця нормалізувалася, що підтверджено рентгенографічне.

Дано рекомендації з обмеження підняття вантажу до 4-5 кг і правильне користування попереково-крижовим корсетом, призначена лікувальна фізкультура для зміцнення м'язів спини, сплановано повторне лікування в клініці через один місяць, санаторно-курортне лікування.

Джерела інформації:

1. В.П.Губенко. Мануальна терапія в вертебреневрології. Київ-«Медицина». 2006

2. М.О.Луговський. Спосіб лікування переднього спонділолістезу попереково-крижового відділу хребта. Бюл. №12, 2006р від 15.12.2006.