



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **116136** (13) **U**  
(51) МПК (2017.01)  
**A61N 1/00**  
**A61N 23/00**

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ  
УКРАЇНИ

## (12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: <b>u 2016 11626</b>	(72) Винахідник(и): <b>Волошин Петро Власович (UA), Козявкін Володимир Ілліч (UA), Шестопалова Людмила Федорівна (UA), Гордієвич Михайло Степанович (UA)</b>
(22) Дата подання заявки: <b>17.11.2016</b>	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: <b>10.05.2017</b>	
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: <b>10.05.2017, Бюл.№ 9</b>	(73) Власник(и): <b>ДЕРЖАВНА УСТАНОВА "ІНСТИТУТ НЕВРОЛОГІЇ, ПСИХІАТРІЇ ТА НАРКОЛОГІЇ НАМН УКРАЇНИ",</b> вул. Академіка Павлова, 46, м. Харків, 61068 (UA), <b>ТОВАРИСТВО З ОБМЕЖЕНОЮ ВІДПОВІДАЛЬНІСТЮ "МІЖНАРОДНА КЛІНІКА ВІДНОВНОГО ЛІКУВАННЯ",</b> вул. Помірецька, 37, м. Трускавець, Львівська обл., 82200 (UA)

## (54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА СИНДРОМ ДЕФІЦИТУ УВАГИ ТА ГІПЕРАКТИВНОСТІ ЗА МЕТОДОМ В.І. КОЗЯВКІНА

### (57) Реферат:

Спосіб лікування хворих на синдром дефіциту уваги та гіперактивності шляхом застосування немедикаментозних методів лікування. Проводять комплексний послідовний вплив лікувальних заходів, який включає проведення полісегментарної біомеханічної корекції хребта, адаптованої до дитячого організму, яку здійснюють послідовно на грудному, поперековому та шийному відділах. Корекцію на грудному відділі здійснюють спеціальними імпульсними методиками мобілізації згори до низу по паравертебральних лініях з тиском до моменту мобілізації, на поперековому - одномоментну ротацію назад з проведенням маніпуляційного імпульсу, задіюючи всі заблоковані сегменти. На шийному відділі виконують багатовекторний рух, який включає поворот голови, ротацію, тракцію в одному та іншому напрямках з мобілізацією та маніпуляцією на цьому відділі, мобілізацію суглобів кінцівок, системи масажу, який включає прийоми класичного, сегментарного, періостального татонізуючого масажу, який включає постізометричною та антигравітаційною релаксацією, з застосуванням електростимуляційної рефлексотерапії, яку здійснюють одночасно з ізотонічним та постізометричним напруженням м'язів, з механотерапією, мобілізуючою та ритмічною гімнастикою і комп'ютерною ігротерапією.

UA 116136 U



Корисна модель належить до медицини, а саме до дитячої психіатрії та неврології, і може бути використана для відновлювального лікування пацієнтів зі змішаним типом синдрому дефіциту уваги та гіперактивності.

В теперішній час однією із найбільш актуальних проблем дитячої психоневрології є необхідність покращання здоров'я дітей із порушеннями розвитку, в тому числі психічного, з одночасним підвищенням якості життя сімей, де народжується й виховується така дитина. Однією з тенденцій розвитку сучасної неврології та психіатрії є перенесення дослідницьких пріоритетів з виражених форм патологічних станів, що супроводжуються грубими дефектами різних органів і функціональних систем, на вивчення різноманітних стертих, легких, малодиференційованих варіантів тих або інших хворобливих станів. Ця тенденція підкріплюється тим, що питома вага таких захворювань постійно зростає. До їх числа належить синдром дефіциту уваги і гіперактивності.

Відомий спосіб лікування синдрому дефіциту уваги та гіперактивності, який включає введення пацієнту, який потребує такого лікування, ефективної кількості томоксетину (Пат. 2163802, RU, МПК А61К 31/135. Лечение синдрома дефицита внимания / гиперактивности [Текст] / Джон Х. Хейлигенштейн (US), Гари Д. Толлефсон (US); патентообладатель ЭЛИ ЛИЛЛИ ЭНД КОМПАНИ (US). - № 97113060/14; заявл. 04.01.96; опубл. 10.03.01)

Однак недоліком даного способу є значні побічні реакції зазначеного препарату, неможливість застосування у дітей дошкільного віку, висока вартість курсу лікування та застосування даних препаратів переважно при виражених симптомах синдрому дефіциту уваги та гіперактивності.

Найбільш близьким по суті до запропонованого способу, а тому прийнятий нами за прототип є немедикаментозна корекція, що включає в себе методи модифікації поведінки, психотерапію, педагогічну і нейропсихологічну корекцію, де до немедикаментозних методів включають заняття з вихователем, психологом, логопедом, заняття в сенсорній кімнаті, арт-терапію, застосування методів рефлексотерапії - вплив лазеропунктури (апарат "Ласпер") на психоафективні точки скальпу, точковий масаж, спеціальну стрейч-гімнастику з фіксуванням уваги (Синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей с измененной и неизмененной ЭЭГ: новые подходы в терапии / Евтушенко С.К., Порошина Е.В., Омельяненко А.А., Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Областной детский клинический центр нейрореабилитации, г. Донецк // Международный неврологический журнал. - 2010. - 5 (35)).

Однак недоліком даного способу є відсутність послідовності в застосуванні методів для немедикаментозного лікування, недостатній вплив запропонованих методів лікування на організм хворого, що не забезпечить можливість зменшення проявів дизрегуляції нервової системи на різних рівнях чутливих та рухових систем організму дитини.

В основу корисної моделі поставлено задачу удосконалення способу лікування хворих на синдром дефіциту уваги та гіперактивності, шляхом комплексного немедикаментозного застосування послідовного впливу лікувальних заходів, в основі якого лежить проведення полісегментарної біомеханічної корекції хребта, адаптованої до дитячого організму, що забезпечить створення нового функціонального стану, в результаті якого відбувається усунення функціональних блоkad хребцево-рухових сегментів та нормалізація м'язового тону, відновлення рухливості суглобів хребта, поліпшення трофіки та кровопостачання, що надасть можливість зменшити прояви дизрегуляції нервової системи на різних рівнях чутливих та рухових систем організму дитини й відкриває нові можливості для подальшого моторного та психічного розвитку хворої дитини, та покращення якості життя.

Суть корисної моделі полягає в тому, що спосіб лікування хворих на синдром дефіциту уваги та гіперактивності за методом В.І. Козявкіна без застосування медикаментозних методів лікування здійснюється шляхом проведення комплексного послідовного впливу лікувальних заходів, який включає проведення полісегментарної біомеханічної корекції хребта, адаптованої до дитячого організму, яку здійснюють послідовно на грудному, поперековому та шийному відділах, де корекцію на грудному відділі здійснюють спеціальними імпульсними методиками мобілізації згори до низу по паравертебральних лініях з тиском до моменту мобілізації, на поперековому - одномоментну ротацію назад з проведенням маніпуляційного імпульсу, задіюючи всі заблоковані сегменти, на шийному відділі виконують багатовекторний рух, який включає поворот голови, ротацію, тракцію в одному та іншому напрямках з мобілізацією та маніпуляцією на цьому відділі, мобілізацію суглобів кінцівок, системи масажу, який включає прийоми класичного, сегментарного, періостального татонізуючого масажу в поєднанні з постізометричною та антигравітаційною релаксацією, з застосуванням електростимуляційної

рефлексотерапії, яку здійснюють одночасно з ізотонічним та постізометричним напруженням м'язів, з механотерапією, мобілізуючою та ритмічною гімнастикою і комп'ютерною ігротерапією.

Технічним результатом запропонованого способу є удосконалення лікування хворих на синдром дефіциту уваги та гіперактивності шляхом комплексного послідовного впливу лікувальних заходів, створення нового функціонального стану дитини, що супроводжується загальною психоемоційною активацією, покращення концентрації уваги, соціалізації, емоційного стану, зменшення симптомів гіперактивності та імпульсивності.

Спосіб лікування хворих на синдром дефіциту уваги та гіперактивності за методом В.І. Козявкіна здійснюється наступним чином.

Полісегментарну біомеханічну корекцію хребта, адаптовану до дитячого організму, проводять послідовно в усіх відділах хребта - поперековому, грудному та шийному після мануальної діагностики та відповідної підготовки. Корекцію блокованих сегментів грудного відділу здійснюють спеціальними імпульсними методиками мобілізації згори до низу по паравертебральних лініях з тиском до моменту мобілізації. На поперековому відділі проводять ротацію назад, при цьому одночасно на всіх заблокованих сегментах хребта з проведенням маніпуляційного імпульсу. Корекцію шийного відділу хребта здійснюють шляхом багатовекторного руху по складній траєкторії - поворот голови, ротацію, тракцію в одному та іншому напрямках з одночасною мобілізацією та маніпуляцією на цьому відділі.

Мобілізацію суглобів кінцівок починають з впливу на великі суглоби, з наступною дією на дрібні суглоби кисті руки та ступні. В процесі рефлексотерапії застосовують методи впливу на біологічно активні точки пачками імпульсів низької напруги складної конфігурації, який проводять із застосуванням портативного електростимулятора. Вплив на тригерні зони м'язово-суглобового апарату здійснюють одночасно і ізотонічним чи постізометричним напруженням м'язів.

Систему масажу проводять для підготовки до проведення біомеханічного корегування хребта, розслаблення спастичних м'язів та впливу на міофасціальні тригерні точки, до якої входять прийоми класичного, сегментарного, періостального та тонізуючого масажу, поєднанні з елементами постізометричної та антигравітаційної релаксації.

Мобілізуючу гімнастику проводять з використанням класичних методик кінетотерапії з врахуванням індивідуальних особливостей пацієнта. Мобілізуюча гімнастика спрямована на удосконалення наявних та формування нових моторних функцій, досягнення досконаліших форм пересування та освоєння важливих для щоденного життя навичок.

Ритмічна гімнастика побудована на ігрових методах з використанням нескладних гімнастичних вправ з музикою, танцями, стрибками та бігом. Виконання простих гімнастичних вправ в оптимальному пульсовому режимі позитивно впливає на весь організм пацієнта, сприяючи його збагаченню киснем, поглибленню вентиляції легенів, підвищенню резервних можливостей серцевого м'яза, посиленню кровообігу вінцевих і периферичних судин, тренуванню нових рухових функцій та навичок. Групові заняття ритмічною гімнастикою розширюють соціальні контакти дитини, посилюють її мотивації до одужання, створюють позитивний емоційний фон, що в кінцевому результаті сприяє процесу соціалізації хворого.

Механотерапію проводять за допомогою костюма корегування рухів - біодинамічного коректора "Спіраль", для формування правильного рухового стереотипу, відтворення фізіологічних м'язових спіралей та підсилення групи гіпотонічних чи ослаблених, унаслідок гіподинамії, м'язів. Основними складниками біодинамічного коректора "Спіраль" є опорні елементи (жилетка, шорти, наколінники, налокітники, настопники, рукавички) і система еластичних тяг допомогою апаратів важільного типу для тренування м'язів нижніх кінцівок. А також, за допомогою апарату "Дельфін" який є складовим елементом системи біодинамічного перевиховування та активації внутрішніх мотивацій до рухів у хворих з органічними ураженнями нервової системи. Він сприяє редукції позотонічних рефлексів, релаксації спастичних м'язів, формуванню цілеспрямованих рухів, активуванню мотивації у пацієнтів до нових рухів.

Застосування комп'ютерної ігротерапії дає змогу збільшити мотивацію пацієнтів до виконання необхідних рухів та фізичних вправ. Розроблені ігри завдяки своїй яскравості, цікавій анімації та сюжету забезпечують ефективне проведення тренувальної ігрової сесії та стимулюють розвиток рухових можливостей пацієнта. Застосування елементів віртуальної реальності суттєво підвищує емоційне залучення пацієнта до тренувань.

Курс лікування складає 10-12 процедур. Повторний курс лікування, при необхідності, може проводитись через 4-6 місяці.

Приклад.

Пацієнт С., 2008 р.н. з діагнозом: F 90.0 Синдром дефіциту уваги та гіперактивності (СДУГ). Змішаний тип. Проходив курс лікування в міжнародній клініці відновного лікування (МКВЛ) за

способом проф. В.І. Козьявкіна з 13.06.16 по 25.06.16. До стандартного клініко-неврологічного та клініко-психопатологічного обстеження було включено ряд психодіагностичних методик, а саме: дитячий варіант тесту прогресивних матриць Равена, методика діагностики вербальної пам'яті (О.Р. Лурія), опитувальник Вандербільта (для батьків). Також оцінювалась шкільна успішність та рівень шкільної адаптації.

Батьки пред'являли скарги на те, що дитина не може сконцентрувати увагу на одному предметі або занятті хоча б протягом короткого проміжку часу; дитина постійно бігає, не може всидіти на одному місці; постійно все забуває. Їй важко приймати участь в іграх зі своїми однолітками, важко висидіти на уроці, постійно порушує дисципліну.

Анамнез: дитина народилася від першої вагітності, що протікала на фоні помірного токсикозу першої половини, при терміні 39 тижнів, стимульованих пологів, з вагою 3200 г. Ранній психомоторний розвиток з незначною затримкою. В сім'ї ще є друга дитина: молодший хлопчик 5 років, здоровий. Симптоми СДУГ батьки відмічали вже з другого року життя дитини. Клінічний діагноз СДУГ, змішаний тип було встановлено в 5 річному віці лікарем психіатром за місцем проживання. Багато разів лікувався за місцем проживання (отримував медикаментозне лікування, психотерапію). Ефект лікування був незначний.

Об'єктивний статус на початку лікування. Загальний стан пацієнта задовільний. На контакт йде важко. Виражена гіперактивна поведінка (під час розмови постійно ходить по кабінету, майже не реагує на зауваження). Говорить речення виразно, на запитання відповідає неохоче, перебиває і відволікається під час діалогу. Косина альтернована справа, незначно виражена. Результати дослідження за тестом Равена в день госпіталізації на курс реабілітації: 22 бали (61,1 %), за методикою діагностики вербальної пам'яті (запам'ятовувалося 7 слів; перше відтворення становило 4 слова, друге - 5, третє - 6). Показник гіперактивності за опитувальником Вандербільта для батьків становив 21 бал. Мали місце порушення шкільної успішності легкого ступеня вираженості (1 бал) та помірні порушення шкільної адаптації (2 бали). Самообслуговування: їсть і п'є самостійно, одягається самостійно.

Хворий пройшов курс лікування за запропонованим способом В.І. Козьявкіна. Після мануальної діагностики та підготовки пацієнта щоденно проводилася біомеханічна корекція хребта, мобілізація суглобів кінцівок, краніо-фаціальна мобілізація, рефлексотерапія, спеціальна система масажу, мобілізуюча гімнастика, ритмічна гімнастика, механотерапія, комп'ютерна ігротерапія, яка доповнювалась велотренуванням, корегування ходи на біговій доріжці, з використанням елементів світлотерапії, музикотерапії, арт-терапії та елементів Монтесорі - терапії.

В результаті проведеного лікування загальний стан пацієнта суттєво покращився. Дитина стала значно спокійнішою, контактнішою, уважніше слухає запитання, концентрується на відповіді. Поведінка характеризується більшою впорядкованістю, зменшилась метушливість. Покращились функції уваги. Дитина стала більш самостійною та мотивованою. Результати психодіагностичного дослідження також свідчать про виразні зміни в рівні розвитку когнітивних функцій дитини. Так, загальний показник інтелектуальної продуктивності (за тестом Равена) підвищився з 22 балів (61,1 % до лікування) до 25 балів (69,4 %) після завершення реабілітації. Встановлено, що у дитини збільшились показники вербальної пам'яті (у другому відтворенні 6 слів і у третьому - 7 слів). За даними опитувальника Вандербільта, найбільш суттєве покращення відмічалось в рівні імпульсивності (до лікування - 19 балів, 15 - після), симптомів тривоги (до лікування - 17 балів, після - 14 балів) та гіперактивності (до лікування - 21 бал, після - 19 балів).

Застосування даного способу дозволяє суттєво підвищити лікування хворих на синдром дефіциту уваги та гіперактивності, сприяти покращенню психічного розвитку дітей, редукції основних симптомів захворювання, а саме - порушення поведінки у вигляді гіперактивності, імпульсивності та розладів уваги.

#### ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб лікування хворих на синдром дефіциту уваги та гіперактивності шляхом застосування немедикаментозних методів лікування, який **відрізняється** тим, що проводять комплексний послідовний вплив лікувальних заходів, який включає проведення полісегментарної біомеханічної корекції хребта, адаптованої до дитячого організму, яку здійснюють послідовно на грудному, поперековому та шийному відділах, де корекцію на грудному відділі здійснюють спеціальними імпульсними методиками мобілізації згори до низу по паравертебральних лініях з тиском до моменту мобілізації, на поперековому - одномоментну ротацію назад з проведенням маніпуляційного імпульсу, задіюючи всі заблоковані сегменти, на шийному відділі виконують

- багатовекторний рух, який включає поворот голови, ротацію, тракцію в одному та іншому напрямках з мобілізацією та маніпуляцією на цьому відділі, мобілізацію суглобів кінцівок, системи масажу, який включає прийоми класичного, сегментарного, періостального татонізуючого масажу в поєднанні з постізометричною та антигравітаційною релаксацією, з
- 5 застосуванням електростимуляційної рефлексотерапії, яку здійснюють одночасно з ізотонічним та постізометричним напруженням м'язів, з механотерапією, мобілізуючою та ритмічною гімнастикою і комп'ютерною ігротерапією.

---

Комп'ютерна верстка Л. Бурлак

---

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