



ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА
 ПО ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ,
 ПАТЕНТАМ И ТОВАРНЫМ ЗНАКАМ

(12) ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ К ПАТЕНТУ

(21), (22) Заявка: 2003103416/14, 06.02.2003

(24) Дата начала действия патента: 06.02.2003

(43) Дата публикации заявки: 10.08.2004

(45) Опубликовано: 10.01.2005 Бюл. № 1

(56) Список документов, цитированных в отчете о поиске: RU 2005456 C1, 15.01.1994. RU 2136256 C1, 10.09.1999. RU 2122393 C1, 27.11.1998. RU 1805944 A3, 30.03.1993. RU 2166921 C2, 20.05.2001.

Адрес для переписки:

121357, Москва, ул. Артамонова, 4, корп.1, кв.44,
 А.Ю. Шишонину

(72) Автор(ы):

Шишонин А.Ю. (RU)

(73) Патентообладатель(ли):

Шишонин Александр Юрьевич (RU)

(54) СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ШЕЙНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА

(57) Реферат:

Изобретение относится к медицине, а именно к мануальной терапии, в лечении остеохондроза шейного отдела позвоночника. Способ включает выявление гипертонуса мышц шеи с последующим устранением его путем давления на мышцы в сагиттальной плоскости, которое осуществляют большим пальцем руки на затылочно-позвоночные мышцы, а также на мышцы, расположенные между поперечными отростками С1-С7 до наступления у пациента расслабления, далее осуществляют фиксацию головы пациента одной рукой за сосцевидные отростки, а другой - за его плечи и проводят тракцию мышечно-связочного аппарата шеи путем принудительного поворота в разные

стороны и сгибания головы, после чего поочередно фиксируют плечи пациента при одновременном поочередном сгибании головы во фронтальной плоскости до образования угла с надплечьем 30°, затем ладонью руки осуществляет фиксацию головы одной рукой за сосцевидные отростки, а другой рукой - за нижнюю челюсть, причем предплечьем руки упираются в спину пациента для создания рычага воздействия и производят принудительные повороты головы к надплечьям, при этом угол поворота в начале занятий составляет 10-15°, далее его увеличивают, достигают за цикл занятий 90°, что предупреждает повреждения мышечно-связочного аппарата и смещение позвонков.



FEDERAL SERVICE
FOR INTELLECTUAL PROPERTY,
PATENTS AND TRADEMARKS

(12) **ABSTRACT OF INVENTION**

(21), (22) Application: **2003103416/14, 06.02.2003**

(24) Effective date for property rights: **06.02.2003**

(43) Application published: **10.08.2004**

(45) Date of publication: **10.01.2005 Бюл. № 1**

Mail address:

**121357, Moskva, ul. Artamonova, 4, korp.1, kv.44,
A.Ju. Shishoninu**

(72) Inventor(s):

Shishonin A.Ju. (RU)

(73) Proprietor(s):

Shishonin Aleksandr Jur'evich (RU)

(54) **METHOD FOR TREATING CERVICAL OSTEOCHONDROSIS**

(57) Abstract:

FIELD: medicine, manual therapy.

SUBSTANCE: the present innovation deals with detecting cervical muscular hypertonicity followed by removing it due to pressing upon muscles in sagittal plane with the help of a thumb onto occipital-vertebral muscles and, also, onto ones being between cross-sectional processes C1-C7 till relaxation moment in a patient, then patient's head should be fixed with one hand by mastoid processes and with the help of another hand - by patient's shoulders to carry out the traction of muscular-ligamentous cervical apparatus due to obligatory rotation into different sides and head's bending, then patient's shoulders should be fixed

alternately at simultaneous alternate head's bending in frontal plane to form the angle with suprabrachial area being 30 deg., then with a palm one should fix the head with one hand by mastoid processes and with another hand - by mandibula, moreover, with suprabrachial area one should touch patient's back to create the level of the impact to perform compulsory rotation of the head towards suprabrachial area, moreover, rotation angle at the onset of exercises corresponds to 10-15 deg., then it should be increased to achieve 90 deg. by the cycle that prevents the lesions of muscular-ligamentous apparatus and vertebral shifting.

EFFECT: higher efficiency of therapy.

2 ex

Изобретение относится к области медицины, более конкретно к мануальной терапии, и может быть использовано при лечении шейного остеохондроза как самостоятельно, так и в комплексе лечебно-профилактических мероприятий.

Мышечно-скелетные боли являются ведущими симптомами при указанной патологии.

5 Для их устранения широко используют массаж. Известен способ лечебного массажа, описанный в книге Л.А.Куничева "Лечебный массаж", Л., "Медицина", 1980 г., стр. 154, 155, используемый для лечения остеохондроза, включающий воздействие на паравerteбральные зоны всех спинно-мозговых сегментов от нижележащих к
10 вышележащим. Для этого проводят массаж межостистых промежутков и остистых отростков от нижележащих позвонков к вышележащим и избирательный массаж болевых зон и точек в межостистых и межреберных промежутках, при этом воздействие на паравerteбральные зоны производят с использованием приемов поглаживания, растирания и разминания и т.д

Однако указанный способ недостаточно эффективен, так как избирательный массаж
15 болевых зон и точек рефлекторно вызывает появление новых болевых зон.

Известен способ лечения болевого синдрома при функциональной блокаде позвоночника (при остеохондрозе) путем проведения комплексной терапии, включающей горизонтальное вытяжение позвоночника и приемы мануальной терапии, при этом последние осуществляют под нагрузкой в момент вытяжения позвоночника (авторское
20 свидетельство СССР N 1648469). Способ включает сложные приемы, а также требует специального оборудования, в частности вытяжного стола.

Известен также способ лечения поясничного остеохондроза путем применения приемов мануальной терапии, включающей пальпацию позвоночника, классический сегментальный массаж его пояснично-крестцового отдела и мобилизации с манипуляциями на
25 заблокированных ДПС, а также приемы лазеропунктуры, аутомобилизации и аутостабилизации с элементами тренинг-терапии (авторское свидетельство N 1562998). Этот способ предполагает профилактику и лечение остеохондроза позвоночника и включает в том числе технические приемы, такие как вытяжение, глубокий сегментальный массаж.

30 Известен способ лечения остеохондроза из патента РФ №2005456 С1, опубл. 15.01.1994 г., который осуществляют следующим образом. Позвоночник больного пальпируют в положении сидя или стоя, выявляют наличие спазма (гипертонуса) в околопозвоночных мышцах, дефанс (ЛД). Затем больному дают краткую информацию об анатомии позвоночника, его связи с внутренними органами человека, причин его патологии и их
35 отражении на организме человека, приемах мануальной терапии и закрепления мышечного корсета, которые будут проведены в соответствии с предлагаемым способом, а также о том, что сам способ безболезнен, не нагружен, не сопровождается какими-либо травмами и не дает после себя осложнений. Далее в зависимости от местонахождения выявленного при пальпации ЛД фиксируют голову (ЛД установлен в шейном отделе позвоночника) или
40 сегмент позвоночника (в остальных отделах позвоночника) проксимально от мышцы с локальным дефансом. Затем одновременно осуществляют толчкообразные тракции в краниальном направлении и давлении в сагиттальной плоскости на ЛД. Усилия, с которым осуществляют упомянутые выше толчкообразные тракции тела и давление в сагиттальной плоскости, выбирают соответственно P и P_1 , равными соответственно P - в % от веса
45 человека и P_1 - в кг/см^2 для детей/женщин и мужчин. Указанные величины P и P_1 определены опытным путем и являются оптимальными для перечисленных выше возрастных групп. Этот способ выбран нами в качестве прототипа заявленного изобретения

Недостатком известного способа является то, что способ предусматривает интенсивные
50 одномоментные толчкообразные тракции тела, что может привести к осложнениям, повреждению мышечно-связочного аппарата, а так же к смещению позвонков.

Техническим результатом заявленного способа является предупреждение осложнений в виде повреждения мышечно-связочного аппарата, а так же смещения позвонков при

достижении высокой эффективности лечения

Этот технический результат достигается тем, что в способе лечения остеохондроза шейного отдела позвоночника, включающем выявление гипертонуса мышц шеи с последующим устранением его путем давления на мышцы в сагитальной плоскости, фиксации головы и проведения distraction связочно-мышечного аппарата шеи, обхватывают сзади одной рукой голову пациента, поворачивают ее на 10-15° в сторону и фиксируют ее до расслабления поверхностных и средних мышц шеи, а надавливание в сагитальной плоскости осуществляют большим пальцем руки на затылочно-позвоночные мышцы, а так же на мышцы расположенные между поперечными отростками С1-С7 до наступления у пациента расслабления, после чего аналогичное воздействие осуществляют на аналогичные мышцы другой стороны, далее осуществляют фиксацию головы пациента одной рукой за сосцевидные отростки, а другой - за его плечи и проводят тракцию мышечно-связочного аппарата шеи путем принудительного поворота в разные стороны и сгибания головы, после чего поочередно фиксируют плечи пациента при одновременном поочередном сгибании головы во фронтальной плоскости до образования угла с надплечьем 30°, затем ладонью руки осуществляют фиксацию головы одной рукой за сосцевидные отростки, а другой рукой - за нижнюю челюсть, причем предплечье руки упирается в спину пациента для создания рычага воздействия и производят принудительные повороты головы к надплечьям, при этом угол поворота в начале занятий составляет 10-15°, далее его увеличивают, достигают за цикл занятий 90°.

Способ осуществляют следующим образом:

1. Выявляют гипертонус мышц шеи путем глубокой пальпации мышц шеи (затылочно-позвоночных мышц, а так же, на мышц, расположенных между поперечными отростками С1-С7 - межпоперечных мышц / т. *Intertransversarii ant. et post* /) с двух сторон. Для этого врач фиксирует голову пациента одной рукой для того, чтобы снять физиологическое напряжение с поверхностных и средних мышц шеи, и при наличии у пациента гипертонуса вышеуказанных мышц врач ощущает большим пальцем исследующей руки напряженные тяжи, при надавливании на которые у больного возникает сильная боль.
2. Затем обхватывают сзади одной рукой голову пациента, поворачивают ее на 10-15° в сторону и фиксируют ее до расслабления поверхностных и средних мышц шеи.
3. Далее производят надавливание в сагитальной плоскости большим пальцем руки на затылочно-позвоночные мышцы и на мышцы, расположенные между поперечными отростками С1-С7 до наступления у пациента сильного болевого ощущения, одновременно предлагают пациенту расслабить мышцу на месте воздействия, а воздействие прекращают после уменьшения болевого ощущения, что свидетельствует о наступлении расслабления мышц шеи.
4. После аналогичное воздействие осуществляют на межпоперечные мышцы другой стороны.
5. Далее осуществляют фиксацию головы пациента одной рукой за сосцевидные отростки, а другой - за его плечи и проводят тракцию путем постепенного растягивания ее мышечно-связочного аппарата шеи, для чего осуществляют медленные принудительные повороты в разные стороны и сгибание головы.
6. После чего поочередно фиксируют плечи пациента при одновременном поочередном сгибании головы во фронтальной плоскости до образования угла с надплечьем 30°.
7. Затем ладонью руки осуществляет фиксацию головы одной рукой за сосцевидные отростки, а другой - рукой за нижнюю челюсть, причем предплечьем руки упираются в спину пациента для создания рычага воздействия и производят принудительные повороты головы к надплечьям - при этом угол поворота в начале занятий составляет 10-15°, далее его увеличивают достигают за цикл занятий 90°, о чем свидетельствует безболезненная ротация головы.

Анатомо-физиологическое обоснование способа

Поскольку основное патологическое звено находится в межпоперечных мышцах шеи и

их анатомической взаимосвязи с расположением позвоночных вен, артерий и спинного мозга, рассмотрим эту проблему глубже:

Межпоперечные мышцы - m. Interspinales ant. et post располагаются между поперечными отростками С2-С7 с двух сторон, спереди и сзади (см. БМЭ, 1981 г. т. 16, стр. 75, №467), окружены одной фасцией с проходящими между передними и задними мышцами позвоночными артериями и венами. При спазме этих мышц из-за анатомической близости и единой фасции с позвоночными артериями и венами нарушается кровоток по этим сосудам, что обуславливает либо недостаток поступления крови в полость черепа (блок позвоночной артерии), либо застой крови в полости черепа (блок позвоночной вены).
Поскольку от позвоночных артерий отходят питательные ветви к спинному мозгу, при нарушении кровотока по этим артериям нарушается также и питание спинного мозга на этом уровне, что проявляется в неврологической симптоматике:

проводниковые боли в верхнюю конечность, парестезии, дистрофия мышц и связок верхней конечности с пораженной стороны. Все вышеперечисленное говорит о том, что для того чтобы кровообращение по сосудам было в норме, нужно, чтобы межпоперечные мышцы были расслаблены. Однако на практике обнаружено, что почти у 100% женщин старше 40 лет и 100% мужчин старше 50 лет эти мышцы находятся в стойком состоянии спазма, что и обуславливает широкое распространение головных болей, болей в шее, головокружение, нарушения подвижности шейного отдела позвоночника, неврологические симптомы в верхних конечностях, повышение внутричерепного давления, синдром нарушения мозгового кровообращения, синдром вертебробазилярной недостаточности и т. д.

Физиологическая подоплека приемов метода, позволяющих снять мышечный спазм и восстановить объем движений шейного отдела:

1. Механизм сверхинтенсивного раздражения сухожильных органов (сильное болевое надавливание):

Сухожильный орган - специализированный мышечный рецептор, регистрирующий мышечное напряжение, расположенный в месте перехода мышечной ткани в сухожильную.

Сильное надавливание на спазмированную мышцу вызывает активацию сухожильных рецепторов, которые воспринимают это надавливание как супермощное мышечное напряжение, грозящее травмой, и по рефлекторной дуге через спинной мозг поступает "охранный" расслабляющий импульс в мышцу, что вызывает ее длительное расслабление.

2. Поскольку в момент воздействия пациент получает сильный болевой импульс, то в силу вступают специфические реакции организма на боль и самая основная из них - это усиление кровообращения в зоне получившей болевой раздражитель за счет реакции вегетативной НС.

3. Поскольку при длительном мышечном спазме возникает функциональная блокировка суставов, то связки, окружающие эти суставы, постепенно приходят в состояние дистрофии (укорачиваются и становятся хрупкими). Для того чтобы восстановить связки, а следовательно, и подвижность суставов шейного отдела позвоночника, необходимо сначала снять мышечный блок (с помощью вышеописанных механизмов), а далее путем оригинальных растягивающих воздействий постепенно (от процедуры к процедуре) восстановить объем движений, т. е. длину и эластичность связок).

4. При применении воздействия врач обязательно акцентирует внимание больного на зоне воздействия (просит сконцентрировать внимание на зоне давления и попытаться ее расслабить), путем такой регулярной тренировки достигается способность пациента контролировать и ощущать малейшие проявления спазма и расслаблять спазмированные межпоперечные мышцы.

Пример №1. Пациентка Филонова С.Ю., 1955 г. рождения. Обратилась с жалобами на постоянные боли в шее в течение последних 2-х лет, периодические частые головные боли в затылочной области, не снимающиеся обезболиванием. Диагноз при поступлении: Грыжи МПД С₃₋₄₋₅₋₆₋₇.

Межфасциальный синдром шейного отдела.

При осмотре объективно выявлено:

Резко выраженный гипертонус глубоких мышц шеи и их болезненность при надавливании.

Резкое ограничение объема движений шеи.

Предшествующее лечение у невропатолога:

5 Лечение у невропатолога: НПВП, церебролизин, сосудистые средства, массаж оказалось неэффективным.

Мануальная терапия - 20 сеансов привела к ухудшению состояния. Центр кинезитерапии Бубновского: 12 сеансов не дали улучшения.

Больной было проведено 20 сеансов заявленного способа с интервалом 2-3 дня.

10 В результате лечения:

- исчезли головные боли;

- исчезли боли в шее;

- со слов больной, ею отмечена ясность сознания и четкость мышления.

Объективно:

15 Гипертонус мышц незначительный;

Полностью восстановился объем движения шейного отдела.

Пример №2

Дышева М.Е., 1961 г. рождения. В течение 4 лет жалуется на постоянные боли в шее, изнурительное головокружение, головные боли с иррадиацией в левую скуловую кость.

20 Клинический диагноз: грыжа МПД С₅-С₆, миофасциальный синдром шейного отдела позвоночника.

Предшествующее лечение: в ЦИТО: корсет на шейный отдел позвоночника; ФЗТ, массаж не дали ощутимого лечебного эффекта.

25 Центр мануальной терапии под руководством Сителля А.Б.: 36 сеансов без ощутимого эффекта.

Центр кинезитерапии Бубновского: 24 сеанса - отмечено нестабильное, незначительное улучшение.

Проведено 12 сеансов заявленного способа. В результате лечение отмечено:

30 - резкое улучшение самочувствия;

- почти исчезла головная боль;

- прекратилась иррадиация боли;

- больная отмечает ясность сознания;

- исчез гипертонус мышц, расположенных между поперечными отростками шейных позвонков;

35 - движение шейного отдела в полном объеме.

Формула изобретения

Способ лечения остеохондроза шейного отдела позвоночника, включающий выявление гипертонуса мышц шеи с последующим устранением его путем давления на мышцы в сагиттальной плоскости, фиксации головы и проведения дистракции связочно-мышечного аппарата шеи, отличающийся тем, что обхватывают сзади одной рукой голову пациента, поворачивают ее на 10-15° в сторону и фиксируют ее до расслабления поверхностных и средних мышц шеи, а надавливание в сагиттальной плоскости осуществляют большим пальцем руки на затылочно-позвоночные мышцы, а также на мышцы, расположенные между поперечными отростками С1-С7, до наступления у пациента расслабления, после чего аналогичное воздействие осуществляют на аналогичные мышцы другой стороны, далее осуществляют фиксацию головы пациента одной рукой за сосцевидные отростки, а другой за его плечи и проводят тракцию мышечно-связочного аппарата шеи путем принудительного поворота в разные стороны и сгибания головы, после чего поочередно фиксируют плечи пациента при одновременном поочередном сгибании головы во фронтальной плоскости до образования угла с надплечьем 30°, затем ладонью руки осуществляют фиксацию головы одной рукой за сосцевидные отростки, а другой рукой за нижнюю челюсть, причем предплечьем руки упираются в спину пациента для создания

рычага воздействия и производят принудительные повороты головы к надплечьям, при этом угол поворота в начале занятий составляет 10-15°, далее его увеличивают, достигают за цикл занятий 90°.

5

10

15

20

25

30

35

40

45

50