

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УТВЕРЖДАЮ



Ведущий заместитель Министра

Д.Л. Пиневич

12 2015 г.

Регистрационный № 190-115

**МЕТОД КОМПЛЕКСНОГО ПРИМЕНЕНИЯ МАНУАЛЬНОЙ
ТЕРАПИИ И КИНЕЗИОТЕЙПИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С
ВЕРТЕБРОГЕННЫМИ ПОЯСНИЧНЫМИ ДОРСАЛГИЯМИ**

Инструкция по применению

Учреждение-разработчик: Государственное учреждение
«Республиканский научно-практический центр неврологии и
нейрохирургии»

Авторы: к.м.н. Забаровский В.К., к.м.н. Анацкая Л.Н., Свинковская Т.В.

Минск, 2015

В настоящей инструкции по применению (далее – инструкция) изложен метод лечения вертеброгенных поясничных дорсалгий (ВПД) с помощью мануальной терапии (МТ) и кинезиотейпирования (КИТ). Для объективизации эффективности проведенной МТ и КИТ предложена методика соматосенсорных вызванных потенциалов (ССВП).

Инструкция предназначена для врачей-неврологов, врачей мануальной терапии, врачей-реабилитологов, врачей спортивной медицины.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

1. Вертеброгенные рефлекторные (ноцицептивные) болевые синдромы с мышечно-тоническими, вегетативно-сосудистыми и нейро-дистрофическими проявлениями.
2. Вертеброгенные корешковые (нейропатические) болевые синдромы.
3. Поясничная дегенеративная нестабильность.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

1. Противопоказания к применению мануальной терапии

- 1.1. Синдромы конуса и эпиконуса с нарушением функции тазовых органов; сенсорные нарушения в аногенитальной области.
- 1.2. Дискогенные радикулопатии с быстро нарастающим неврологическим дефицитом (в течение нескольких часов) в сочетании с выраженным болевым синдромом.
- 1.3. Синдром выраженной компрессии нервных корешков – выраженные неврологические нарушения на фоне резко выраженных симптомов натяжения.
- 1.4. Резко выраженный болевой синдром на фоне распространенной миофиксации, выраженных симптомов натяжения, отсутствия активных и пассивных движений в заинтересованном отделе позвоночника.
- 1.5. Вертеброгенная миелопатия.

1.6. Секвестрация грыжи диска.

1.7. Стеноз позвоночного канала на клинически значимом уровне с компрессией спинного мозга, конского хвоста; выраженная компрессия нервного корешка в межпозвонковом отверстии.

1.8. Острый и восстановительный периоды после оперативного вмешательства на позвоночнике, спинном мозге, травмы позвоночника.

1.9. Нестабильность и дисфиксация позвоночных сегментов (спондилолистез) выше II степени.

1.10. Выраженные патоморфологические изменения в телах позвонков: воспалительные, остеопорозные (III-IV степень).

1.11. Специфический инфекционный процесс позвоночника и суставов (туберкулезный, актиномикотический, бруцеллезный, гонорейный, сифилитический).

1.12. Структурные ортопедические деформации: сколиоз (идиопатический, диспластический), патологический кифоз III-IV степени; болезнь Шюермана-Мау, ювенильный остеохондроз с признаками деструкции тел позвонков.

1.13. Острые и подострые воспалительные заболевания спинного мозга и его оболочек (миелит, менингит).

1.14. Первый и последний триместры беременности, ранний послеродовой период при тяжелой степени гистоза и преэклампсии.

1.15. Высокий риск развития гемодинамических нарушений и тромбоэмболии в бассейне вертебральных и сонных артерий.

1.16. Острое и хроническое нарушение спинального кровообращения (транзиторные ишемические атаки и инфаркты спинного мозга, синдром перемежающейся хромоты), радикулоишемия.

1.17. Симптомы вертебрально-базилярной недостаточности, компрессии спинного мозга и нервных корешков во время выполнения провокационных тестов на компрессию вертебральных артерий и невралгических структур.

1.18. Опухоли позвоночника, спинного мозга, злокачественные опухоли внутренних органов.

1.19. Тяжелое общее состояние больного.

1.20. Психические заболевания в стадии обострения.

2. Противопоказания для применения кинезиотейпирования

2.1. Открытые раны, свежие рубцы на коже в пояснично-тазовой области.

2.2. Высыпания на коже, включая дерматиты различной природы и псориаз.

2.3. Аллергия на акрил.

3. Противопоказания для применения системы для регистрации и анализа вызванных потенциалов

Противопоказания для применения системы для регистрации и анализа вызванных потенциалов соответствуют таковым при применении методики вызванных потенциалов.

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМЫХ МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ

1. Стол для мануальной терапии.
2. Кинезиотейп.
3. Компьютерная система для регистрации и анализа вызванных потенциалов.

ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗУЕМОГО МЕТОДА

1. Комплексное применение мануальной терапии и кинезиотейпирования при поясничных дорсалгиях

1.1. Восстановление подвижности ключевых сегментов C_0-C_1 , C_7-Th_1 , заинтересованных шейных, верхне-, среднегрудных, поясничных позвоночных двигательных сегментов (ПДС), крестцово-подвздошных

сочленений с использованием нейромышечных, мобилизационных и манипуляционных техник МТ.

1.2. Наклеивание Y-образных полосок КТ паравертебрально на поясничную область с использованием релаксирующей мышечной техники для ускорения снятия мышечно-тонического, болевого синдромов и закрепления эффекта, достигнутого во время процедуры МТ. КТ клеится от места прикрепления к месту начала мышцы.

1.3. Стимулирующая мышечная техника КИТ (I- и Y-образных полоски тейпа) используется для повышения тонуса фазической мускулатуры (прямая, наружная и внутренняя косая мышцы живота, большая ягодичная и прямая мышцы бедра) и восстановления баланса антагонистов. КТ клеится от места начала к месту прикрепления мышцы.

1.4. При нестабильности поясничных ПДС для стабилизации применяется связочная техника КИТ. Наклеивается от двух до четырех I-образных полосок КТ в виде креста с максимальным натяжением и перекрестом в области нестабильного поясничного ПДС. Связочная техника также применяется для уменьшения болезненности активных триггерных точек в области таза.

1.5. С целью устранения поструральных локальных и мультисегментарных нарушений ПОП (сколиоз, кифоз, гиперлордоз) в комбинации с мышечной техникой используются Y-образные и I-образные полоски тейпа в максимальном растяжении.

1.6. Коррекция торако-люмбальной фасции после ее репозиции с помощью мягкотканной техники МТ проводится последующей фиксацией I или Y-образными полосками КИТ с натяжением КТ на 25-50%.

1.7. Тренирующая терапия, направленная на статическое и динамическое растяжение ключевых тонических мышц пояснично-тазовой области.

1.8. Тренирующая терапия, направленная на укрепление локальной и глобальной мускулатуры шейно-плечевой, межлопаточной и пояснично-тазовой областей.

1.9. Выработка оптимального двигательного стереотипа при стереотипных статических и динамических нагрузках с целью вторичной профилактики обострений для предупреждения компрессии и перерастяжения структурных единиц шейно-плечевой и пояснично-тазовой области.

В среднем на курс лечения пациентов с поясничными дорсалгиями при комплексном подходе требуется 3-4 процедуры МТ с интервалом 1-3 дня. После первой процедуры МТ КТ ставится на 2-5 дней, при необходимости КИТ повторяется после каждой процедуры МТ.

Комплексное применение МТ и КИТ у пациентов с поясничными дорсалгиями позволяет эффективно воздействовать как на патогенетические звенья заболевания, так и на биомеханические и микроциркуляторные нарушения в опорно-двигательном аппарате, что позволяет значительно сократить сроки нетрудоспособности.

2. Оценка эффективности мануальной терапии и кинезиотейпирования при вертеброгенных поясничных дорсалгиях с помощью соматосенсорных вызванных потенциалов

Эффективность проведенного курса МТ и КИТ у пациентов с поясничными дорсалгиями осуществляется с помощью количественной динамической оценки временных параметров латентных периодов, межпиковых интервалов и амплитуды коркового ответа ССВП при стимуляции левых и правых срединных и большеберцовых нервов. Исследование ССВП отражает проведение афферентной волны возбуждения по путям общей чувствительности (в задних столбах спинного мозга, стволовых отделах головного мозга, спино-таламическом тракте и первичной соматосенсорной коре).

Используется биполярная стимуляция срединных и большеберцовых нервов монофазным прямоугольным импульсом тока длительностью 200 мкс частотой 7 Гц для срединных нервов и 4 Гц – для большеберцовых на компьютерной системе для регистрации и анализа вызванных потенциалов. Интенсивность стимуляции срединных и большеберцовых нервов подбирается вручную, чтобы было видно небольшое рефлекторное движение большого пальца кисти и первого пальца стопы соответственно. Заземляющий электрод размещается проксимально на предплечье и голени соответственно для уменьшения артефактов от стимуляции.

Для регистрации параметров ССВП при стимуляции срединных нервов первый электрод для получения периферического ответа от плечевого сплетения располагается в точке Эрба (Erbi), находящейся в средней верхней части ключицы; второй электрод для получения ответа от задних столбов спинного мозга - на шейном уровне Cerv7; третий - для получения корковых ответов располагается на 2 см сзади от электродов Cz или C4 международной системы отведений «10-20%». При этом 1-й, 2-й и 3-й электроды являются активными и присоединяются к отрицательному входу усилителя. В качестве референтного электрода используется скальповый электрод Fpz системы «10-20%». Применяются следующие наборы отведений – от точки Эрба - Erbi – Fpz; от шейного уровня - Cerv7 – Fpz; корковый уровень - Cz – Fpz и Cz – Fpz с полосой частот в диапазоне 5 Гц – 2 кГц и эпохой анализа 50 мс.

Для регистрации параметров ССВП при стимуляции б/берцовых нервов используется следующая схема отведений: 1-й электрод располагается в подколенной ямке для получения периферического ответа от нерва (pl); 2-й электрод размещается над остистым отростком второго поясничного позвонка – спинальный уровень (L2). Для данных электродов в качестве референта (Ref) используется электрод, располагаемый над остистым отростком D10 (биполярное отведение). 3-й электрод размещается на шейном уровне Cerv7; четвертый - для получения корковых ответов располагается на 3 см сзади от электродов Cz международной системы

межпиковых интервалов N22-N30, N30-P38, N22-P38 при стимуляции большеберцовых нервов после курса МТ и КИТ свидетельствует о положительном влиянии проведенного лечения на нейропластичность вследствие снижения степени угнетения нейрональной активности соматосенсорного анализатора.

ВОЗМОЖНЫЕ ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ

Острые болезненные реакции после процедуры МТ могут продолжаться до суток, в редких случаях до трех суток. Чрезмерная выраженность реакций после процедуры МТ обычно обусловлена нарушением пациентом предписанного двигательного режима, страхом перед процедурой или низким болевым порогом.

Крайне редко при КИТ возможны аллергические реакции на акрил, содержащийся в клеящем составе.