

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель

Министра здравоохранения

\_\_\_\_\_ В.В. Колбанов

8 ноября 2005 г.

Регистрационный № 124-1005

**МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАТОБИО-  
МЕХАНИЧЕСКИХ И ДВИГАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ БОЛЕЗНИ  
ПАРКИНСОНА**

Инструкция на метод

**Учреждение-разработчик:** Республиканский научно-практический центр неврологии и нейрохирургии

**Авторы:** д-р мед. наук, проф. С.А. Лихачев, канд. мед. наук А.В. Борисенко

## **ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ**

Предлагаемый метод коррекции патобиомеханических и двигательных нарушений при болезни Паркинсона (БП) на основе мануальной терапии (МТ) (показан при БП I, II степени тяжести проявлений паркинсонизма по классификации Э. Канделя) применяется для:

- 1) коррекции патобиомеханических нарушений опорно-двигательного аппарата, обусловленных дегенеративно-дистрофическими изменениями в позвоночно-двигательных сегментах периферических и позвоночных суставах, мышцах, фиброзных тканях;
- 2) улучшения двигательной и постуральной функций;
- 3) улучшения показателей жизнедеятельности, качества жизни больного;
- 4) предотвращения нарушений позы и ходьбы;
- 5) предотвращения инвалидизации.

## **ОБОРУДОВАНИЕ**

Массажный стол для проведения МТ

## **ОПИСАНИЕ МЕТОДА**

Всем больным проводятся:

- 1) неврологическое обследование;
- 2) мануальная диагностика;
- 3) рентгенография позвоночника, МРТ позвоночника, рентгенография периферических суставов (по показаниям).

Способ осуществляется следующим образом:

Перед началом лечения проводится мануальная диагностика, в ходе которой проводится внешний осмотр; пальпаторное исследование кожи, соединительной ткани, мышц, надкостницы; исследуются активные и пассивные движения в позвоночно-двигательных сегментах (ПДС) и периферических суставах, сила мышц; оцениваются эластичность соединительнотканых структур,

тонус мышц, поструральный баланс мышц, степень выраженности дегенеративных изменений в межпозвоноковых суставах, нейродистрофических изменений в мышцах и фиброзных тканях, барьерные функции различных тканей, подвижность между расположенными в коже листками поверхностной и глубокой фасции.

Терапевтический эффект мануальной терапии при болезни Паркинсона обеспечивается за счет:

- 1) восстановления или увеличения объема активных и пассивных движений в позвоночно-двигательных сегментах и периферических суставах;
- 2) улучшения или нормализации морфофункциональных характеристик активных и пассивных структур двигательного аппарата, восстановление или увеличение резерва движения в различных тканях;
- 3) улучшения регионарного мышечного баланса;
- 4) улучшения двигательного стереотипа;
- 5) увеличения потока проприоцептивной афферентации за счет непосредственного воздействия рук врача на сокращаемые и инертные ткани при проведении МТ;
- 6) релаксации мышц за счет реализации рефлекса на растяжение;
- 7) увеличения потока проприоцептивной афферентации за счет улучшения морфофункциональных характеристик опорно-двигательного аппарата (суставов, мышц, связок, сухожилий), улучшения или нормализации барьерных функций различных тканей;
- 8) гармонизации (ликвидации искажений) проприоцептивной афферентации за счет улучшения морфофункциональных характеристик опорно-двигательного аппарата (суставов, мышц, связок, сухожилий), улучшения или нормализации барьерных функций различных тканей;
- 9) восстановления или улучшения общего уровня проприоцептивной афферентации и ее составляющих из различных частей опорно-двигательного аппарата;

10) улучшения функционального состояния сегментарного переднерового двигательного комплекса или уровня А построения движения;

11) улучшение функционального состояния структур построения движения уровня В;

12) улучшение поструральной устойчивости за счет улучшения функционального состояния структур, участвующих в построении двигательных поструральных синергий, и тканей, через которые осуществляются эти синергии, за счет облегчения их реализации при наличии потенциала поструральных реакций.

### **ЛЕЧЕБНЫЕ ТЕХНИКИ МТ ПРИМЕНЯЕМЫЕ ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ МЕТОДА**

**Мобилизация** - мануальное лечебное воздействие, направленное на восстановление нормального объёма движений в суставе за счёт устранения функциональных блокад и спазматического укорочения мышц с помощью неоднократно повторяющихся (5-10 раз) специальных целенаправленных приёмов. Эти приёмы устраняют ненормальное напряжение в мышцах, связках, капсулах суставов, улучшают артериальный и венозный кровоток, лимфоток. Мобилизация может быть как целенаправленной - на один сустав, так и нецеленаправленной - на несколько суставов одновременно. При мобилизации предварительно замыкают подлежащие лечению соседние с заблокированным суставы, а затем совершают пассивное движение в суставе, создавая напряжение в направлении ограничения движения.

**Манипуляция** - лечебное мануальное воздействие, при котором совершается быстрое одномоментное движение, выполняемое с высокой скоростью и малой амплитудой из положения окклюзии в направлении ограничения движения.

Манипуляционная техника подразделяется на:

- неспецифическую, при которой воздействие совершается на регион позвоночника или весь позвоночник;

- специфическую, когда манипуляция осуществляется на один двигательный сегмент из положения окклюзии с исключением из движения соседних с заблокированным суставов.

**Миофасциальный релиз** - лечебно-диагностический ручной метод, относящийся к техникам "мягких тканей", при проведении которого руководствуются правилом "трех Т" - tension (надавливание), traction (растяжение), twisting (скручивание). Механизм действия направлен на улучшение вязко-эластических свойств тканей и основан на соматических и вегетативных рефлекторных механизмах мышц, фасций и других соединительно-тканых структур, биомеханике суставов.

**Мышечно-энергетирующие техники (muscle energy techniques)** - лечебные методики, применяемые для восстановления подвижности в двигательном сегменте, переобучения атипичных моторных паттернов, уменьшения отека тканей, растяжения миофасциальных уплотнений, восстановления стабилизирующей функции межсегментарной мускулатуры. К ним относятся постизометрическая релаксация и растяжение.

**Нейромышечная техника** - включает в себя несколько разнонаправленных техник:

- растягивание соединительной ткани и ее мобилизация относительно подлежащих тканей в местах, где соединительная ткань уплотняется, и ее конец прикрепляется к ребрам, позвонкам или тазовым костям;

- давление на кожу осуществляется либо большим пальцем, который затем, не уменьшая давления, перемещается в направлении остальных пальцев для расслабления мышц, в которых обнаруживаются триггерные точки, и улучшения в них кровообращения.

Растягивание и мобилизация соединительной ткани достигаются:

1) при «прокатывании» кожного валика, который собирается между большим пальцем и остальными.

2) при перемещении по поверхности тела больного большого, указательного или среднего пальца, осуществляемого врачом, при постоянной силе давления по направлению к себе или от себя.

**Постизометрическая релаксация** - расслабление укороченной мышцы после предварительной ее активации (изометрическое напряжение, задержка фазы дыхания (вдох-выдох), включение двигательных синергии мышц туловища, шеи, конечностей).

**Постреципрокная релаксация** - методика релаксации, включающая изометрическую работу релаксируемой мышцы в течение 7-8 с в направлении противоположном усилию, оказываемому врачом, с последующим энергичным сокращением после 7-8 секундного отдыха антагониста релаксируемой мышцы.

**Ручная тракция** - ручное вытяжение в направлении, наиболее благоприятном для диска и заблокированного сустава (приводящее к уменьшению или исчезновению боли). Врач руками захватывает одну конечность с возможной фиксацией различных участков тела. Конечности или телу придается определенное положение, обеспечивающее наибольшее расслабление заблокированного сустава. При выполнении тракции необходимо дозировать силу и направление нагрузки, изменяя их в случае появления боли, ощущать растяжение тканей, поддерживая усилие на уровне преднапряжения (достижения физиологического барьера). Используются различные захваты и вспомогательные приемы (дыхание, вибрация, постизометрическая релаксация и др.).

**Соединительнотканый массаж** - специфическая манипуляционная техника, которая используется для восстановления подвижности между листками глубокой и поверхностной фасции, скольжения между листками неплотной соединительной ткани, покрывающей в виде фасциальных влагалищ различные структуры человеческого тела, что является необходимым условием нормальной биомеханики мягких тканей и свободного выполнения движений. Техника осуществляется в положении пациента сидя средним и безымянными пальцами, которые располагаются под углом 40-60° к поверхности кожи. Сила давления и,

соответственно, глубина оказываемого лечебного действия могут меняться, так же как и длина движения.

**Техники мягких тканей** - лечебные методики, в основе которых лежат представления о барьерных функциях мягких тканей (мышц, фасций, связок), их способности к растяжению, применяемые для улучшения или восстановления тонусно-силовых и морфо-функциональных характеристик скелетных мышц, связочного аппарата, соединительной ткани, формирования оптимальных двигательных стереотипов. Включают продольное или поперечное растяжение, локальное надавливание, сочетание этих воздействий для восстановления баланса между укороченными (спазмированными) или расслабленными тканями. В зависимости от частоты и силы, последовательности их изменения, лечебные воздействия могут оказывать стимулирующий или расслабляющий эффект. Воздействие оказывается подушечкой пальца, согнутым пальцем, основанием ладони, гороховидной костью, локтем, в зависимости от площади, глубины и силы воздействия.

Сеансы МТ проводятся с частотой 2-3 раза в неделю. Курс лечения состоит из 5–6 сеансов.

### **ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ МТ ПРИ НАЛИЧИИ ОСЛОЖНЯЮЩИХ ТЕЧЕНИЕ БП ЗАБОЛЕВАНИЯХ**

Средний возраст больных с БП 60 лет. У большинства из них, выявляются заболевания, осложняющие течение основного заболевания и проведение МТ:

1. Гипертоническая болезнь II–III степени.
2. Атеросклероз мозговых и брахиоцефальных артерий.
3. Ишемическая болезнь сердца.
4. Вертеброгенная вестибулярная дисфункция.

С учетом морфофункционального состояния опорно-двигательного аппарата, сопутствующих заболеваний и механизма лечебного воздействия различных техник МТ сформулированы следующие принципы проведения МТ у

больных пожилого возраста при БП и наличии осложняющих лечение факторов:

1. Положение больного во время и в течение 10-15 мин после сеанса МТ лежа на кушетке.

2. Первые 2-3 сеанса, независимо от состояния больного, из объема мануальных воздействий исключаются манипуляции.

3. Толчковые техники применяются только при получении положительного эффекта в течение первых 2-3 сеансов МТ и отсутствии ухудшения общего состояния больного.

4. Толчковые техники применяют только при условии их безболезненности.

5. Толчковые техники на шейных ПДС используют только после получения положительного эффекта их применения на грудных, поясничных ПДС и шейно-грудного перехода.

6. При применении толчковых техник на ПДС шейного отдела позвоночника избегают положения разгибания.

7. Толчковые техники мануальной терапии не применяют на шейных ПДС при положительном синдроме «де'Клейна».

8. Толчковые техники МТ не применяют на шейных ПДС, если при доплерографии брахиоцефальных артерий выявляют гемодинамически значимую асимметрию скорости кровотока.

9. Толчковые техники мануальной терапии не применяют на шейных ПДС у больных старше 60 лет при наличии выраженных проявлений остеохондроза шейного отдела позвоночника, с наличием нестабильности ПДС, задних остеофитов, больших межпозвонковых грыж, суживающих спинномозговой канал.

10. Толчковые техники мануальной терапии не применяют при наличии гормональной спондилопатии.

**Курс МТ рекомендуется повторять 3-4 раза в год.**



## **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ МТ**

### **Абсолютные:**

1. Болезнь Паркинсона III, IV степени тяжести проявлений паркинсонизма по классификации Э. Канделя.
2. Опухоли позвоночника, спинного и головного мозга, суставов, конечностей, внутренних органов.
3. Миеломная болезнь.
4. Специфические и неспецифические инфекционные процессы в позвоночнике и суставах (туберкулезный спондилит, остеомиелит, ревматизм в активной форме).
5. Острые и подострые воспалительные заболевания суставов, спинного мозга и его оболочек.
6. Свежие травматические повреждения позвоночника и суставов.
7. Консолидированные переломы позвоночника и травматические повреждения межпозвоночных дисков до образования костной мозоли (в среднем 6 месяцев).
8. Состояние после операций на позвоночнике, спондилолиз и спондилолистез более 1/3 тела позвонка.
9. Болезнь Бехтерева.
10. Осколки секвестрированной дисковой грыжи.
11. Дискогенные миелопатии.
12. Аномалии развития позвоночника и суставов с наличием очаговой неврологической симптоматики.
13. Остеопороз тел позвонков III-IV степени.
14. Болезнь Клиппеля-Фейля.
15. Острые нарушения мозгового или сердечного кровообращения, инсульт, инфаркт в анамнезе.
16. Острые заболевания желудочно-кишечного тракта, органов грудной полости и других внутренних органов.
17. Психические заболевания.

### **Относительные:**

1. Выраженные аномалии развития (незаращение дужек позвонков, ассимиляция, аномалии тропизма, сакрализация, люмболизация, конкреценция).
2. Туберкулез тел позвонков.
3. Шейные ребра III-IV ст.
4. Фиксирующий гиперостоз Форестье.
5. Патологическая извитость сонных и позвоночных артерий.
6. Аномалии суставов головы.
7. Седловидная гиперплазия атланта.
8. Аномалия Арнольд-Киари II-III ст.
9. Тяжелые соматические заболевания.