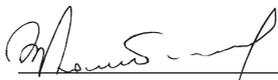


**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель  
министра здравоохранения



В.В. Колбанов

3 октября 2003 г.

Регистрационный № 6–0103

**МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ  
СТАТОКИНЕТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ  
ПРИ ПАТОЛОГИИ  
КРАНИОВЕРТЕБРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ**

Инструкция по применению

**Учреждение-разработчик:** Белорусская медицинская академия  
последипломного образования

**Авторы:** д-р мед. наук, проф. Н.Ф. Филиппович, Н.С. Филиппович,  
канд. мед. наук, доц. Т.В. Загорская

## **ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ МЕТОДА**

Статокинетические нарушения при патологии краниовертебральной области:

- наличие черепно-мозговой травмы в анамнезе;
- нарастание неврологических симптомов: головокружение, нарушения координаторных, зрительных, слуховых функций, колебания артериального давления с тенденцией к повышению, невротические реакции;
- отсутствие эффекта от проводимой мануальной и медикаментозной (сосудорегулирующей, вентонизирующей, гипотензивной) терапии.

## **ТЕХНОЛОГИЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА**

Для диагностики и лечения статокинетических нарушений больные направляются к невропатологу поликлиники, отоневрологу, мануальному терапевту, рентгенологу. Вначале производится рентгенография краниовертебральной области в кабинете лучевой диагностики, выявляется наличие врожденной или приобретенной патологии, затем отоневрологом, невропатологом оценивается степень выраженности статокинетических нарушений, в дальнейшем проводится лечение невропатологом и мануальным терапевтом.

Порядок проведения метода состоит в последовательном выполнении следующих этапов.

1. Рентгенография верхнешейного отдела позвоночника производится в рентгеновском кабинете, при этом больной укладывается в определенное положение: голова слегка запрокинута в пределах 15–20° с максимально открытым ртом, центрация на С<sub>II</sub>. Далее проясляется рентгеновская пленка с рентгенометрией параметров зубовидного отростка, измерением ширины рентгеновской суставной щели бокового атлантоосевого сустава в трех позициях (медиально, в центре и латерально) с выявлением асимметрии сторон, оценкой асимметрии положения остистого отростка С<sub>II</sub>.

Врач-рентгенолог расшифровывает рентгенограмму краниовертебральной области с использованием негатоскопа, миллиметровой линейки, циркуля.

2. Критериями наличия дислокации С<sub>II</sub> является наличие асимметрии расстояния между зубовидным отростком и боковыми массами атланта с двух сторон.

3. При выявлении дислокации С<sub>II</sub>, выполняется 3–5 сеансов мануальной терапии с установлением физиологического положения С<sub>II</sub>, которое оценивается по купированию клинических симптомов (головокружение, шаткость походки, восстановление объема ротации головы в пределах 180°), а при необходимости проводится повторная рентгенография цервикокраниального перехода.

4. Параллельно с сеансами мануальной терапии невропатологом в процедурном кабинете производятся 2–4 внутримышечные блокады в проекции позвоночной артерии (актовегин 2 мл в сочетании с лидокаином 0,5 мл 2% раствора) на пораженной стороне. Иглу вводят в нижнюю косую мышцу головы. При этом место введения иглы находится на линии, соединяющей остистый отросток С<sub>I</sub> и сосцевидный отросток, на расстоянии около 2,5 см от остистого отростка. Иглу вкалывают по направлению к остистому отростку под углом 45° к сагиттальной плоскости и 20° к горизонтальной. После упора иглы в основание остистого отростка ее оттягивают назад на 1–2 см и вводят раствор.

## **КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОВЕДЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ**

Оценка эффективности мануальной терапии в сочетании с блокадами позвоночной артерии производится по клиническим данным: исчезновение симптомов головокружения, шаткости походки, восстановления объема движений в шейном отделе позвоночника с ротацией головы в обе стороны в пределах 180°, исчезновение асимметрии сторон по данным РЭГ вертебрально-базиллярной системы, рентгенометрии краниовертебральной области.

## **ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ**

При соблюдении техники выполнения медикаментозных блокад позвоночной артерии и манипуляций с применением приемов мануальной терапии (мягкие техники) осложнений не возникает. Во избежание образования небольших подкожных гематом необходимо тщательное соблюдение гемостаза с пальцевым прижатием места

инъекции на 1–2 мин. При возникновении небольших подкожных гематом необходимо создать покой, а также использовать местно холодные примочки.

После резко выполненных приемов мануальной терапии на шейном уровне возможно усиление болей в шее с ограничением поворотов головы в течение 2–5 дней. На этот период манипуляции следует прекратить.

### **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ**

Внутримышечные блокады в проекции позвоночной артерии с актовегином и лидокаином противопоказаны при выраженном снижении артериального давления у больных (100/55 мм рт. ст. и ниже), при гемофилии, выраженной тромбоцитопении (уровень тромбоцитов менее  $40 \times 10^9 / \text{мм}^3$ ), известной гиперчувствительности к лидокаину и актовегину, в период месячных.

Сеансы мануальной терапии противопоказаны при наличии массивных задних остеофитов, листезов шейных позвонков, а также в случаях выраженного болевого синдрома.