

Мануальная терапия при лечении остеохондроза и других заболеваний позвоночника

О методах мануальной терапии, применимых для самостоятельного использования под контролем врача в домашних условиях. Советы и рекомендации дает кандидат медицинских наук, врач Анатолий Болеславович СИТЕЛЬ.
По материалам «Факультет Здоровья».

ИСПОЛЬЗУЕМ МЫШЕЧНОЕ РАССЛАБЛЕНИЕ

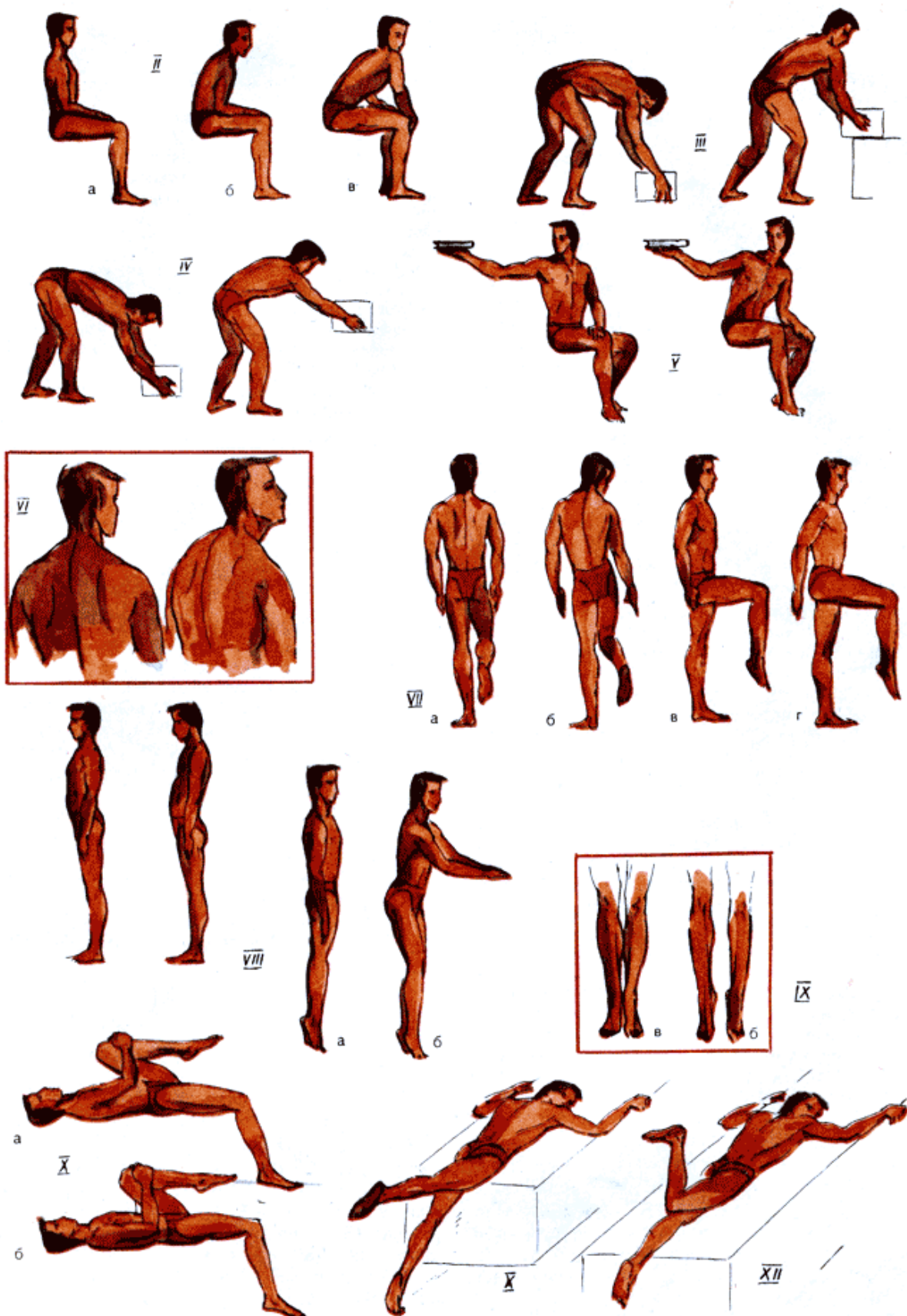
В практику лечения остеохондроза и других заболеваний позвоночника все шире внедряется комплекс методов лечения положениями (тела) и движениями с помощью ручного воздействия, названного мануальной или альтернативной (от латинских слов «манус» — рука и «альтернация» — выбор) терапией. Зародившись в глубокой древности среди врачей-целителей, мануальная медицина прошла долгий путь от эмпирических представлений костоправов, прагматических теорий остеопатических и хиропрактических школ к современному этапу своего научного обоснования.

Для самостоятельного использования можно рекомендовать некоторые из применяемых в мануальной терапии мобилизационных, антигравитационных и постизометрических методов мышечной релаксации (расслабления). Мобилизация означает медленные повторяющиеся ритмические движения в пределах физиологической нормы (до крайнего положения сустава, мышцы). Методы антигравитационные основаны на растягивании мышцы под действием ее силы тяжести (до расслабления), а постизометрические используют биомеханику работы мышечных групп (синергистов и антагонистов) в противофазе: при напряжении одних мышц расслабляются сопряженные с ними противоположные. Такая релаксация часто может дать больший эффект, чем мобилизационная или антигравитационная, — расслабление скованной болью мышцы достигается произвольным целенаправленным напряжением здоровой.

Речь идет об антагонистических, то есть действующих в противофазе (сокращение — расслабление) группах мышц на противоположных концах двуплечевого рычага, точкой опоры которого является ядро межпозвонкового диска (и межпозвонковые суставы). Это прямые мышцы живота (с межреберными мышцами) и тяжесть содержимого полостей (брюшной и грудной), а с другой стороны — глубокие мышцы спины (выпрямители туловища).

Ориентировочные (диагностирующие) тесты.

Если появились болевые ощущения в теле, повысилась утомляемость, снизилась работоспособность, можно убедиться, связано это с позвоночником или нет. Для этого вначале следует выяснить, насколько правилен двигательный стереотип, влияющий на состояние мышц и позвоночника, **сверившись по рисункам (II — VII).**



Проверьте, как сидите на стуле (II) — правильная поза представлена слева; как держите предмет при повороте туловища в сторону (V) — правильно слева; как беретесь за груз (правильно, как бы надвигаясь на него — III, неправильно — IV); как держите голову стоя (VI)—правильно слева; как поднимаете и опускаете ногу (VII) — правильные движения обозначены (а) и (в).

Если отклонения от нормы обнаружены, проверьте, как обстоит дело с поясничным изгибом

позвоночника кпереди (люмбальный лордоз). Увеличение его (гиперлордоз), как показано на рисунках (VIII), бывает двух типов: с напряженной мускулатурой (а), с расслабленной (б), в исходном положении — пятки и носки стоп вместе. Обычно расслаблены мышцы живота и ягодичные, напряжены подвздошно-поясничная и длинные мышцы спины. Тест на уточнение: приподнимание туловища на носочках (IX) — правильное положение туловища (а) и носочков (в) позволит это исследовать. О том, что лордоз поясничный, наоборот, сглажен (уплощен), свидетельствуют обычно неприятные ощущения или болезненность при наклоне туловища вперед.

Позы и движения, рекомендуемые для увеличения поясничного изгиба (X—XIV).

Для расслабления подвздошно-поясничной мышцы (X). В положении лежа на спине (таз на краю кушетки) ногу максимально согнуть в тазобедренном и коленном суставах, удерживая ее руками (кистями, сцепленными в «замок»), другая нога свободно свисает (а). Через каждые 20 с сменять положение ног — повторять 5—7 раз дважды в день, добиваясь расслабления мышцы (б).

Для укрепления задней группы мышц бедра (XI). Лежа на животе (таз на краю кушетки), одна нога касается пола, другая поднята на 10—15° и удерживается над кушеткой. Смена положения ног через каждые 20 с. 5—7 раз.

Изолированное упражнение на большую ягодичную мышцу (XII). То же, но с согнутой под прямым углом (в коленном суставе) ногой, угол подъема прежний, время удержания 20 с.

Для укрепления прямых мышц живота (XIII). Лежа, ноги, согнутые в коленном и тазобедренном суставах, упираются в кушетку стопами, руки вытянуты вперед: поднимая и опуская туловище, садиться и ложиться. 5—7 раз (первое время можно помогать себе с помощью груза).

Для уменьшения поясничного гиперлордоза (XIV). Лежа на спине. Ноги, максимально согнутые в тазобедренном и коленном суставах, удерживаемые кистями рук (а), на вдохе (при отведении взгляда вверх) максимально подтягиваются к туловищу и достигнутая поза удерживается (на выдохе). При повторениях (3—4 раза) увеличивать амплитуду движения. Фаза вдоха 7—11 с.

Упражнение «качалка» (б): качание лежа на спине, ноги согнуты в коленном (под острым углом) и тазобедренном (под прямым) суставах, вытянутыми руками держаться за коленки.

Позы и движения, рекомендуемые при уплощении поясничного изгиба (XV—XX).

Для расслабления мышц-выпрямителей спины в поясничном отделе (XV). Лежа на боку, на краю кушетки, одна нога над другой: нижняя вытянута, верхняя «цепляется» носком стопы за подколенную ямку нижней, рука нижняя удерживает верхнюю ногу (кистью за коленный сустав) в этом исходном положении. На фазе вдоха (7—11 с) попытаться достичь на стороне верхней ноги максимального приближения плечом к поверхности кушетки, отводя к ней верхнюю часть туловища (голова и взгляд также отводятся в сторону наклона). Удерживать позу на выдохе. При повторении (3—4 раза) увеличивать амплитуду движения (наклона).

Для расслабления квадратной мышцы поясницы (XVI). Стоя, ноги расставлены широко, голова слегка откинута назад. На фазе вдоха (7—11 с) максимально отклониться вбок и назад

(взгляд отводится в противоположную сторону), позу удерживать на выдохе. При повторении (3—4 раза) увеличивать амплитуду движения.

Для длинных приводящих мышц бедра (XVII). Лежа на боку (таз на краю кушетки, под голову кладется подушечка), нижняя нога вытянута, верхняя максимально согнута в тазобедренном и коленном суставах, удерживается кистями рук (сомкнутыми в «замок»). Позу удерживать 20 с, с таким же перерывом повторять 5—7 раз (до исчезновения болезненного тяжа на внутренней стороне бедра).

Для расслабления коротких приводящих мышц бедра (XVIII). Лежа на спине, одна нога вытянута, другая согнута в сторону так, чтобы стопа ее коснулась колена вытянутой ноги. Позу удерживать свободно 20 с, с таким же перерывом повторяя 5—7 раз до тех пор, пока колено согнутой ноги не достанет поверхности кушетки.

Для увеличения сглаженного поясничного лордоза (XIX). Лежа на спине, ноги, согнутые в коленных суставах, стопами упираются в кушетку, руки сложены за головой. На вдохе (7—11 с) максимально приподнять поясничную часть туловища вверх (взгляд отводится также вверх), упираясь сзади грудным отделом позвоночника и стопами. Позу удерживать на выдохе. Повторить 3—4 раза, увеличивая амплитуду прогиба в пояснице.

Другое упражнение (XX) выполняется в положении «на четвереньках», руки в упоре на подставке (высотой 20 см). На вдохе (7—11 с) максимально увеличивается амплитуда прогиба в пояснице вперед-вниз (к кушетке), взгляд отводится кверху. Достигнутая поза удерживается на выдохе, при повторении (3—4 раза) увеличивать амплитуду прогиба.

Позы и движения, рекомендуемые для коррекции грудного изгиба (XXI—XXV).

Упражнения такие же, как и предыдущее (XX), но без подставки, в упоре ладонями кистей рук.

Для увеличения сглаженного грудного кифоза (изгиба позвоночника назад).

Предыдущее упражнение (XX) выполняется в положении рук на локтях (XXII) для среднегрудного отдела позвоночника, а для верхнегрудного — на максимально вытянутых (XXIII). Диагностический тест на сглаженность грудного кифоза — болезненность при максимальном сближении лопаток у средней линии спины (XXIV).

Для уменьшения грудного гиперкифоза (увеличенного изгиба). Предыдущее упражнение выполняется в положениях: для отделов нижнегрудного (XXI), среднегрудного (XXII), верхнегрудного (XXIII), прогиб делается вниз, к кушетке — для нижнегрудного (XXV) и для верхнегрудного (XXVI). Диагностический тест на гиперкифоз — болезненность при прогибе вперед.

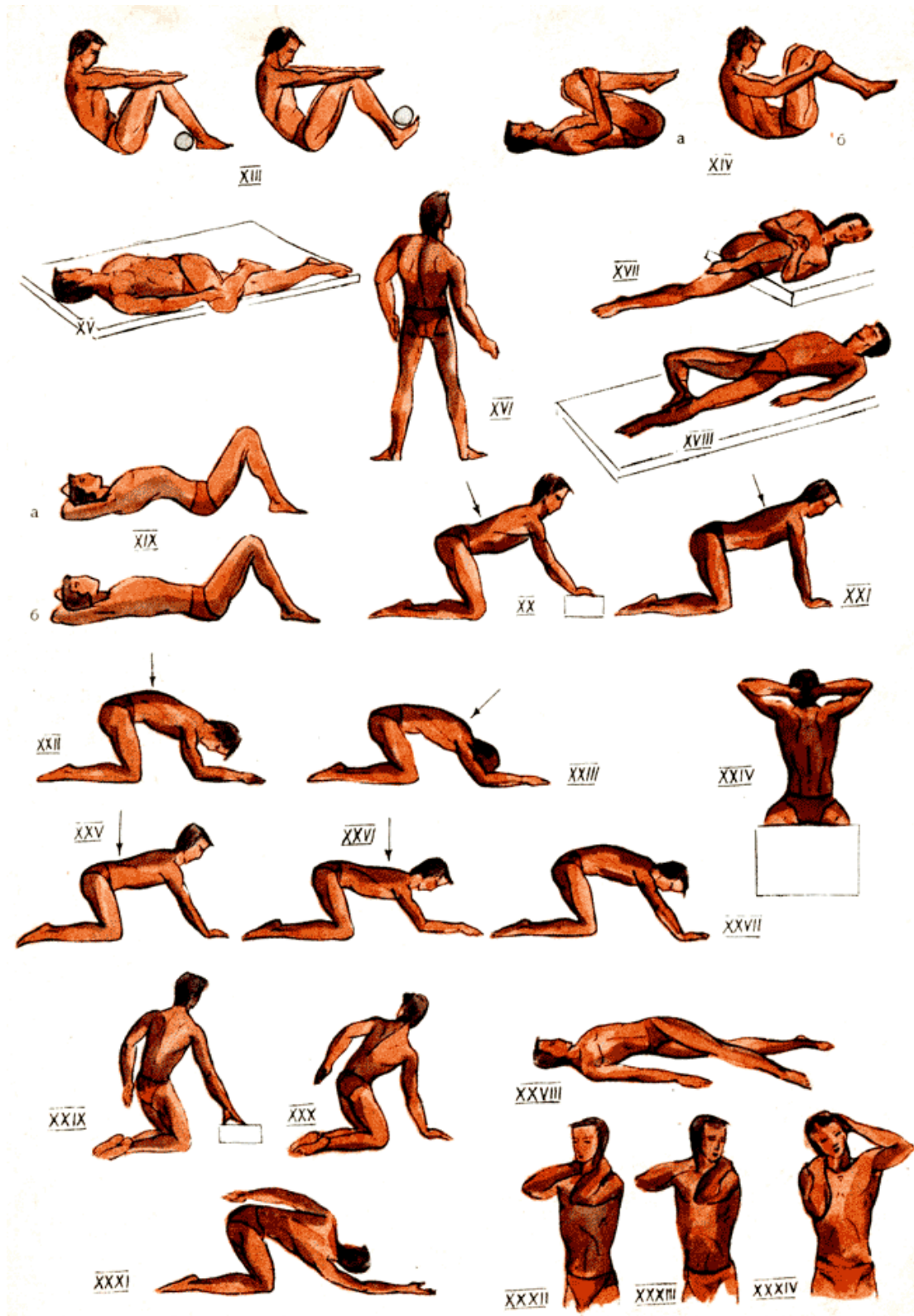
Позы и движения, рекомендуемые при сколиозе.

При поясничном сколиозе (XV) обязательное условие: вершина дуги искривления должна быть направлена вверх (от кушетки).

При грудном сколиозе: то же, но свисает с кушетки ступня (XXVIII). Можно добавить упражнения с максимальным отведением плеча со стороны выпуклости дуги искривления,

для средне- и нижнепоясничного отделов позвоночника (пользуясь подставкой высотой 20 см) (XXIX), а также для нижнегрудного и верхнепоясничного отделов (XXX) и для верхнегрудного отдела (XXXI).

Для коррекции увеличенного шейно-грудного изгиба (XXXII). Кончиками пальцев ладоней, охватывающих боковые поверхности шеи, давить на выступающую часть изгиба, смещая вышележащий шейный отдел позвоночника небольшим отведением головы назад (взгляд переводится вверх),— на вдохе (7— 11с). Удерживать достигнутую позу на выдохе, при повторении (3—4 раза) увеличивая амплитуду движения.



При болезненности в области шейно-грудного перехода (при вращении головы). Исходное положение — то же (XXXII), но на вдохе голову поворачивать в противоположную болезненной сторону, перемещая взгляд в этом же направлении (XXXIII). Позу удерживать на выдохе, увеличивая амплитуду вращения при повторении.

При болезненности наклона головы в сторону (XXXIV). Охватывая ладонью одной руки (фиксируя) боковую поверхность шеи (область шейно-грудного перехода) на здоровой стороне, ладонью другой руки давить на боковую поверхность головы с болезненной стороны, как бы стремясь наклонить в здоровую сторону (переводя взгляд в этом же направлении) — на вдохе (7—11 с). Достигнутую позу удерживать на выдохе, при повторении (3—4 раза) увеличивая амплитуду движения.

Замечания по технике выполнения упражнений.

Разные группы упражнений взаимоисключают друг друга, поэтому основным критерием для выбора служит «сторожевой пес здоровья» (как говорили древние) — боль. При правильном выборе (и выполнении) болевые ощущения постепенно исчезают, в противном случае — усиливаются. При этом важно отличать чувство мышечной усталости, появляющееся при чрезмерном повторении поз и движений. Выполнение упражнений следует немедленно прекратить, если возникают неприятные, а тем более болевые ощущения. В этом случае дальнейшие рекомендации даст после осмотра лечащий врач.

О расширении спектра применения упражнений.

Единая функциональная система (позвоночник — нервная система — кровообращение), согласно представлениям мануальной медицины, моментально включается (реагирует) на появление любой болезни в организме. Так как она выполняет и роль регулятора функций внутренних органов, и периферической нервной системы, с этой точки зрения деятельность их может оказываться недостаточной при поражениях позвоночника (остеохондрозом или другой болезнью).

Вот почему правильное и выборочное применение упражнений может помочь и при функциональных расстройствах внутренних органов. При заболеваниях органов, относящихся к нижнему этажу брюшной полости и таза, можно использовать упражнения, рекомендованные для поясничного отдела позвоночника, к верхнему и среднему этажам — отделов соответственно средненижнегрудных, а при функциональных расстройствах сердечно-сосудистой системы — упражнения на шейно-грудном изгибе позвоночника.