

Анатолий Болеславович Ситель
**Точка боли. Уникальный массаж пусковых
точек боли**

«Ситель А.Б. / Точка боли. Уникальный массаж пусковых точек боли»: Астрель, Метафора, Москва; 2012
ISBN 978-5-271-37655-9, 978-5-85407-083-6

Аннотация

Метод Анатолия Сителя — специальный нейромышечный массаж пусковых точек боли на теле. С помощью этого уникального массажа порой в считанные секунды удается ликвидировать головную и зубную боль, боль в позвоночнике и суставах, а также справиться с хронической болью. Ведь для того, чтобы справиться с болью, тереть подчас следует не там, где болит, а совсем в другой области тела. Подробное описание этих важных точек и приемы работы с ними вы найдете в этой книге.

Анатолий Ситель
**Точка боли. Уникальный массаж пусковых
точек боли**

Слово главного редактора

Триггерные точки или курковые зоны — что это такое?

Многие слышали о так называемых активных точках на теле человека. Акупунктура, или рефлекторный массаж точек, является одним из традиционных восточных методов лечения. Однако мало кому известно о том, что понятие о триггерных точках существует и в обычной классической медицине. Вот только триггерные точки и активные точки в восточной медицине — далеко не одно и то же.

Теория триггерных точек была разработана американскими врачами Д. Симмонсом, Дж. Тревеллом, Л. Джонсом в семидесятых годах XX

века. Триггер — в переводе с английского «курок», «спусковой механизм». Значение триггерных точек в медицине трудно переоценить. Сегодня эти знания нашли применение в физиотерапии и массаже при патологии опорно-двигательной системы. В методиках восточной медицины точки используются в качестве своеобразных каналов циркуляции жизненной энергии в организме человека. А в соответствии с постулатами теории триггерных точек существуют пусковые точки боли, или, как их еще называют — триггерные точки на нашем теле, прицельное воздействие на которые позволяет снимать боль в том или ином отделе позвоночника, в области головы, в конечностях и даже во внутренних органах.

Особенность этих точек состоит в том, что они способны поддерживать болевые ощущения не там, где расположены, а в другом участке тела, согласно пути распространения нервных сигналов. Например, головные боли бывают связаны с триггерными точками в мышцах шеи, боль в руке — с точками на спине. Каждому сегменту позвоночника соответствует определенный участок кожи, мышц, сухожилий. С помощью специального воздействия на триггерные точки удается ликвидировать боль. Специфическим образом воздействуя на триггерные точки, или, как их еще называют, курковые зоны, можно избавиться от боли за считанные секунды. Теория триггерных точек подтверждается многочисленными лабораторными и клиническими исследованиями.

Что же из себя представляют триггерные точки? На ощупь это уплотнения, подобные комочкам в мышцах. Их появление объясняется перенапряжением мышц, которое возникает при длительной статической нагрузке, однотипных движениях, неравномерном ритме рабочих операций, нарушениях осанки, заболеваниях костно-мышечной системы, неврологических заболеваниях, после травм и микротравм, при переохлаждении и аллергии.

Они могут быть выявлены практически во всех мягких тканях, в мышцах, но преобладают в крупных скелетных мышцах, выполняющих статические функции. Чаще всего триггерные точки появляются в мышцах шеи и плечевого пояса, а также в области таза.

При нарушениях осанки, например, если человек неудобно расположился за рабочим столом, какая-то группа мышц у него может быть статически перегружена. Если у человека, к примеру, имеются такие анатомические особенности скелета, как перекос таза, укорочение ноги, или если у него сколиоз, — также создаются предпосылки для перенапряжения определенных мышц и, следовательно, для возникновения курковых зон.

Интересно то, что нарушение в тазовой области может привести к появлению болезненной зоны, скажем, в области плеча, а в результате неправильного положения головы с неудобным наклоном в сторону могут появиться боли в области ключицы, в груди. В теле человека все взаимосвязано и должно находиться в определенном равновесии. Именно правильная осанка поддерживает это равновесие, а ее нарушение ведет к возникновению триггерных точек, а в дальнейшем — к развитию заболеваний.

Триггерные точки вызывают не только боль в мышце, они могут привести к ослаблению этой мышцы, и она теряет свою силу. Некоторые люди, просто подняв руку вверх, могут быстро почувствовать в ней усталость, рука ослабевает уже через несколько секунд.

Триггерная точка может возникнуть при выполнении статических упражнений при длительном удержании определенной позы. В связи с этим не рекомендуется выполнять какое-либо статическое упражнение дольше двух минут. Лучше выполнить его в несколько подходов с интервалом в несколько секунд. Предложенная в этой книге методика, а также все разработки Анатолия Болеславовича Сителя, учитывают данное требование — все предложенные им лечебные позы-движения и упражнения выполняются в несколько подходов без длительного удержания статических поз.

Итак, триггерные точки поддаются лечению. Чем раньше они выявлены и чем скорее начать лечебный массаж и физкультуру, тем лучшего результата можно ожидать. При небольшом поражении мышцы мягкие, эластичные. Сильной боли нет, боль возникает в курковой зоне только после нажатия на определенную точку. При поражении более значительном мышцы напряжены сильнее, спазмированы, боль ощущается в более широкой зоне, уже при легком прикосновении к курковой зоне человек испытывает дискомфорт. В запущенных случаях мышцы поражены значительно, сильно спазмированы, триггерные точки болезненны даже в покое.

! Важно помнить, что триггерные точки могут вызывать боль и ослабление мышц, которые расположены на значительном расстоянии от этих точек.

По принципу обратной связи может возникнуть патологическая циркуляция болевых ощущений — и тогда у человека постоянно что-то болит, боль циркулирует по порочному кругу.

! Метод Сителя — специальный нейромышечный массаж пусковых точек боли. Кроме того — это курс специальных упражнений, позволяющих осуществить лечебное воздействие на конкретные курковые зоны в мышцах.

Они проводятся с целью снять боль или разомкнуть круг патологической боли. С помощью этого уникального массажа и упражнений порой в считанные секунды удается ликвидировать зубную боль, боль в позвоночнике и суставах, а при регулярном применении справиться с различными видами хронической боли. В этой книге опубликована техника проведения самомассажа триггерных точек для снятия болей различной локализации, а также курс позиционных упражнений для осуществления лечебного воздействия на курковые зоны. На ее страницах вы найдете описание точечных манипуляций на мышцах для снятия головных болей, болей в области лицевого черепа, зубной боли, болей в позвоночнике, плечах, руках, тазовом поясе и ногах.

Уважаемые читатели! Массаж пусковых точек боли во многих случаях поможет вам самостоятельно справиться с болью. Однако следует помнить о том, что боль — всегда тревожный сигнал о неблагополучии в организме, и при ее возникновении необходимо обязательно обратиться к врачу для того, чтобы не пропустить серьезное заболевание! Желаю всем читателям этой книги крепкого здоровья. Берегите себя и постарайтесь не болеть!

*Главный редактор издательства «Метафора»,
автор и ведущая программы «Посоветуйте, доктор!»
на канале Радио России Ольга Копылова*

Точечное воздействие на мышцы

От боли в спине человечество страдает с тех самых пор, когда наш далекий предок встал на задние конечности и оторвал руки от земли, тем самым обеспечив себе возможность что-то делать руками. Вполне понятно, что на протяжении всего этого времени формировались разные взгляды на природу возникновения болей в спине.

Почему болит спина

Как говорится в старинной итальянской поговорке, для того, чтобы понять причину движения секундной стрелки, необходимо заглянуть внутрь часов.

Под термином «боль» в медицине подразумевается не какой-нибудь единый синдром, а совокупность различных неприятных ощущений у человека. Хорошо локализуемая, стреляющая, колющая боль (I тип боли) ощущается в результате проведения нервного импульса по быстропроводящим нервным волокнам, покрытым белковой оболочкой (миелином). Скорость проведения болевых импульсов — до 100 м/с. Плохо локализованная, тупая, тянущая, мозжащая боль (II тип боли) ощущается в результате проведения нервного импульса по медленнопроводящим первым волокнам, которые не покрыты белковой оболочкой (миелином). Скорость проведения болевого импульса в данном случае — до 10 м/с.

Позвонки, выстроенные в вертикальную колонну, — это основная опора тела. Кроме того, позвоночник осуществляет подвижные соединения между конечностями и головой и является местом прикрепления множества мышц и местом фиксации сухожильных оболочек внутренних органов. При этом позвоночник всегда сочетает в себе два свойства: прочность и подвижность.

Анатомическая единица позвоночника — позвонок, а функциональная единица — позвоночный двигательный сегмент, состоящий из двух смежных позвонков и межпозвонкового диска между ними. Вогнутые поверхности тел позвонков, обращенные друг к другу, образуют полость, заполненную межпозвонковым диском. Диск состоит из шарообразного пульпозного ядра и окружающего его фиброзного кольца. Вертикальная нагрузка равномерно распределяется на горизонтально расположенное фиброзное кольцо. А через него и на кости и связки.

Подвижность в суставах позвоночника механически ограничивается высотой диска и связками, соединяющими позвонки.

Эта система безотказно работает и при сохранности упругих свойств диска, если скорость, направление и объем движений в межпозвонковом суставе находятся в пределах физиологически допустимых границ.

Диск обладает высокой гидрофильностью (всасывает воду), и, несмотря на то что собственных сосудов в нем нет, обмен веществ в его тканях эффективен. Днем, пока человек большее время находится в

вертикальном положении, происходит выдавливание жидкости в околодисковое пространство и фильтрация ее в лимфу и венозную кровь.

Ночью, во время сна, в горизонтальном положении диск, лишенный вертикальной нагрузки, получает необходимое количество жидкости и питательных веществ и выполняет функцию раздвигания позвонков. Отдаляя позвонки друг от друга, здоровый межпозвонковый диск приводит к исчезновению накопившихся в течение дня функциональных ограничений подвижности (функциональных блокад) в суставах позвоночника. К сожалению, такое положение вещей имеет место только в раннем детстве.

Дифференциально-диагностические признаки I и II типов боли

Как можно получить травму, не выходя из-за письменного стола

Какие же факторы могут разрушить эту совершенную двигательную машину?

Во-первых — это внешнее воздействие такой силы, что амплитуда и скорость движения в суставе позвоночника выходят за рамки дозволенного, т. е. травма.

Во-вторых — это процессы, которые приводят к изменениям свойств межпозвонковых дисков. Длительное вынужденное положение во время работы тоже может считаться травмой, только хронической, растянутой во времени. Систематическое напряжение, перегрузка одних и тех же позвоночно-двигательных сегментов приводит к тому, что функциональные ограничения подвижности становятся более стойкими и природного механизма их исчезновения становится недостаточно.

В-третьих — это естественный процесс старения человеческого организма — остеохондроз.

Как правило, в жизни наблюдается совместное воздействие всех перечисленных патологических факторов. Это, в свою очередь, приводит к неполному восстановлению межпозвонкового диска во время отдыха (сна). Диск, не получивший достаточного количества жидкости, деградирует быстрее. Патологический круг замыкается.

Рассмотрим позвоночно-двигательный сегмент. Обращает на себя внимание студенистое ядро, находящееся в центре спиралевидно закрученных сухожильных волокон межпозвонкового диска, на котором происходят все движения смежных позвонков. Основное давление принимает на себя непосредственно ядро. Направление силы — по радиусу ядра. Сухожильное кольцо только удерживает содержимое ядра. В результате перечисленных выше патологических факторов естественного старения организма происходят следующие дистрофические изменения в позвоночнике. Пульпозное ядро теряет гидрофильность — способность удерживать жидкость. Высота межпозвонкового диска снижается. Давление позвонков направлено не только на ядро, но и на сухожильное кольцо. При сохраняющемся объеме межпозвонкового диска увеличивается его площадь, и кольцо выступает за пределы оснований позвонков. Межпозвонковые суставы при этом не дают задним краям позвонков сблизиться, создавая условия к выдавливанию содержимого межпозвонкового диска сзади (в шейном и поясничном отделах). В грудном отделе благодаря наличию ребер, прикрепляющихся к суставным поверхностям смежных позвонков, резкого сужения межпозвонковой щели не происходит.

Проявления болезней позвоночника с развернутыми болевыми синдромами чаще всего наблюдаются в наиболее активном трудоспособном возрасте от 30 до 50 лет. Как правило, это связано с сопутствующими предрасполагающими факторами, к которым относятся травмы, сужения просветов позвоночного канала, врожденные аномалии развития позвоночника, изменения физиологических изгибов (в современной популяции физиологические изгибы сглажены до 90–96 %, в 6–10 позвонках — увеличены), искривления позвоночника (сколиозы I–II степени), психическая неустойчивость, низкий болевой порог, аллергические реакции.

Интересный факт: III–IV степень искривлений позвоночника (сколиозы) более приспособлены к внешним физическим нагрузкам на позвоночник, так как приобретает более устойчивая к осевым нагрузкам спиралевидная форма, универсальная в Галактике, только не в передне-задних, как у большинства людей в человеческой популяции, а в боковых направлениях!

Заболевания начинаются в юношеском возрасте, а в некоторых случаях и в детском возрасте. Вначале ядро межпозвонкового диска теряет свою гидрофильность и амортизационные свойства. Нагрузка начинает распределяться вдоль радиуса ядра и на само сухожильное кольцо.

В результате раздавливания сухожильных волокон при снижении

высоты межпозвонкового диска натяжения, возникающие в местах прикрепления передней и задней продольных связок и сухожильного кольца межпозвонкового диска, ведут к утолщению. Возникает болевой синдром местного характера или с отдачей в руку или ногу. В связи с повышением давления не только на ядро, но и на всю суставную поверхность позвонка замыкательные пластинки тел позвонков уплотняются, постепенно полностью перекрывая процессы обмена жидкости между межпозвонковым диском и телом позвонка. Это, в свою очередь, ведет к лавинообразному процессу старения межпозвонкового диска человека. Повышенное давление в теле позвонка и в самом диске также вызывает болевой синдром местного характера.

Основная функция суставов позвоночника — ограничение движений в позвонковом двигательном сегменте и защита спинномозгового канала от внешних неблагоприятных воздействий. В процессе возрастных изменений межпозвонкового диска и снижения его высоты возрастает давление на межпозвонковые суставы, что ведет к их дистрофии (артрозу), а иногда и к воспалению (артриту). Это еще один источник боли местного характера.

С увеличением нагрузки на дугоотростчатые суставы возникает их соскальзывание в вертикальном направлении на доли миллиметра, что может привести к раздражению или даже ущемлению рукава твердой мозговой оболочки спинномозгового нерва. Появляются условия для возникновения болевого синдрома с иррадиацией по сухожильным волокнам или спинномозговому нерву.

Неврологи называли болезни с болевыми ощущениями в позвоночнике у больного, используя общий для них суффикс — ит, указывающий на воспалительный характер заболевания (радикулит, неврит и др.). Вертебрологи (специалисты, занимающиеся позвоночником) во главе угла ставят механическую причину — сдавление спинномозгового нерва межпозвонковыми грыжами (пролапсы, протрузии). Но истина, как обычно, где-то рядом.

! По нашим данным, межпозвонковая грыжа практически никогда непосредственно не сдавливает спинномозговой нерв. Сдавление спинномозгового нерва происходит окружающей его клетчаткой и другими тканями позадидискового пространства.

При сохранении артериального притока крови развиваются

нарушения ее венозного оттока и возникает отек и безмикробное (асептическое) воспаление мягких тканей с деформацией или сужением межпозвонковых отверстий.

В результате длительной нагрузки на сухожильное (фиброзное) кольцо волокна его расслаиваются, затем разрываются. Частицы студенистой массы проникают между волокнами сухожильного кольца и образуют межпозвонковые грыжи.

Задняя продольная связка, охватывающая сзади весь позвоночник и вплетающаяся в волокна сухожильного кольца, «работает» на вертикальное растяжение. При выступании межпозвонкового диска за края позвонков (межпозвонковая грыжа) происходит натяжение задней продольной связки, которая нашпигована большим количеством нервных окончаний. При натяжении задней продольной связки межпозвонковой грыжей у человека возникают резкие болевые ощущения, часто с иррадиацией в руку или ногу.

Конгломерат, состоящий из ткани и безмикробно (асептически) воспаленных тканей спинномозгового канала вызывает боль с иррадиацией по спинномозговому нерву вышележащего уровня. При определенных условиях могут возникать стреляющие боли нестерпимого характера, усиливающиеся при любом движении туловища, незаметно уменьшающиеся на 30–40 минут от приема медикаментозных средств, но через определенное время вновь возобновляющиеся и продолжающиеся сутками и неделями.

Сомнения медиков в целесообразности удаления грыж диска

Таким образом, механизм возникновения болевых синдромов при патологии позвоночника имеет множество причин. Поэтому возникают большие сомнения в целесообразности их оперативного лечения, в частности удаления грыж межпозвонкового диска.

Причиной возникновения болей в спине практически на любом уровне является дистрофически меняющийся с возрастом межпозвонковый диск.

Изменения в межпозвонковом диске, а именно снижение его гидрофильности (наполнения жидкостью), запускает механизмы, приводящие к возникновению боли.

Возрастающее давление на замыкательные пластинки тел позвонков, суставные поверхности с их последующим уплотнением и полным перекрытием путей обмена питательными жидкостями между позвонками

и межпозвоноквым диском. Как результат — усиление процессов старения в межпозвоноквом диске: рост внутрикостного давления в теле позвонка; рост внутридисксового давления в межпозвоноквом диске.

Утолщение, натяжение и давление межпозвоноквых грыж на переднюю и заднюю продольные связки.

Разрыв сухожильных волокон межпозвоноквого диска.

Деформация или сужение межпозвоноквых отверстий в результате возникновения отека и безмикробного (асептического) воспаления мягких тканей с нарушением венозного оттока, с последующим раздражением рукава твердой мозговой оболочки спинномозгового нерва окружающей его клетчаткой и другими тканями позадиисксового пространства.

Мышечно-тонические изменения локального характера на каждом уровне, ведущие к усилению давления соседних позвонков на межпозвоноквый диск и усиливающие все указанные патологические изменения.

Самовосстановление межпозвоноквого диска

Научными исследованиями, проведенными в последние годы, доказано, что в течение 3–6 лет межпозвоноквый диск восстанавливается на 80–90 %. Вначале в тканях содержимого межпозвоноквой грыжи происходят изменения в виде образования рубцовой ткани, которая заменяется хрупким хрящевым содержимым, а хрящ вытесняется соединительной тканью, постепенно приобретающей спиралевидную форму сухожильных волокон межпозвоноквого диска. Человек полностью выздоравливает. Природа это предусмотрела.

Но боль, особенно стреляющего характера, иногда усиливающуюся при определенных положениях туловища, — боль, которую больные описывают так: «как нерв положить на наковальню и бить по нему молотком», — такую боль выдержать невозможно, поэтому человек соглашается на оперативное вмешательство.

! Существуют эффективные локальные методы лечения боли, исключющие операцию. Их мы представляем в следующем разделе.

Миотерапия

Как разомкнуть патологический круг циркуляции боли

Болезни мышечной сферы врачи разных медицинских специальностей называют миалгией, миозитом, мышечным ревматизмом, миофасцитом, миофасцикулитом, миопериартритом, миофасциальными болями, нейромиозитом и др. А способы лечения заболеваний мышечной сферы называют миотерапией.

В основе миотерапии лежит то, что каждому сегменту позвоночника и спинномозгового нерва соответствует определенный участок кожи — дерматом, мышц — миотом, сухожильных мембран, хряща, связок и соединительнотканной капсулы сустава — склеротом. Вследствие переключения нервных импульсов в боковые отделы спинного мозга, воздействуя на кожу, мышцы и сухожилия, можно влиять на функциональное состояние внутренних органов. И, наоборот, при заболеваниях внутренних органов может происходить поражение соответствующего участка кожи, мышц или сухожилий.

Предлагаем вашему вниманию результаты исследования, подтверждающие связь различных заболеваний с патологией в разных отделах позвоночника.

Отделы позвоночника

Связь патологии позвоночника и внутренних органов

Миотерапия области поражения подразумевает воздействие в зоне измененной реакции тканей, где имеются рана, рубец или хроническое воспаление. В первую очередь патологическая восходящая импульсация от этих тканей влияет на те мышцы, которые окружают сустав, вызывая в них спазм, растяжение связок и суставной капсулы. Поэтому при наличии болевых ощущений желателен воздействовать на кожу и подлежащие мягкие ткани легким поглаживанием и потиранием.

Далее уже и от сустава, и от его суставных частей: связок, хряща, сухожильных мембран и капсулы — идет поток патологической

восходящей импульсации к мышцам, спинному мозгу, внутренним органам. Патологическая цепочка замыкается, и у здорового человека боль циркулирует по кругу, постепенно превращая его в больного. Патологическую цепочку необходимо разорвать.

Нейромышечные методы «помоги себе сам» основаны на нейрофизиологических механизмах сокращения мышцы с использованием моно- и полисегментарных спинальных (т. е. спинномозговых) рефлексов, разрывающих образовавшуюся патологическую цепочку циркуляции болевых импульсов.

Лечение по методу «напрягись — расслабься» Лоуренса Джонса

Основой подобного лечебного подхода стал метод «стрейн-контрстрейн», или «напрягись — расслабься». Лоуренс Х. Джонс еще в 1964 г. сформулировал основные положения метода:

- определение локализации чувствительных к боли точек;
- придание туловищу или конечностям комфортного положения, при котором область боли будет наименее болезненна (по крайней мере, на 50–75 %);
- удержание такого положения от 20 до 90 с, 2 мин;
- медленный пассивный возврат в нейтральное положение.

Л. Джонс составил карту, включающую более 200 точек по всему телу. Именно чувствительные к боли точки являются объектом миотерапии. Точки находятся под кожей, в мышцах и очень чувствительны к ощупыванию. Каждая чувствительная точка отвечает за специфическую суставную дисфункцию и почти всегда за ту позицию, которая уменьшает боль. По Джонсу при наличии нескольких чувствительных болевых точек начинать лечение необходимо с наиболее болезненной.

Алгоритм последовательного воздействия на точки

Позднее эмпирически была определена последовательность лечения чувствительных болевых точек:

- при болевых чувствительных точках на конечностях вначале необходимо лечить те, которые находятся на краю конечностей, а затем те, которые ближе к туловищу;
- вначале лечить самые чувствительные болевые точки, если они не вызывают выраженное непроходящее усиление болевых ощущений;

- области с наибольшей плотностью чувствительных болевых точек нужно лечить первыми;
- если чувствительные точки расположены в ряд (например, над поперечными или остистыми отростками позвонков), то лечатся вначале те, которые находятся в середине.

«Согни и держи!» Лечение положением по методу Андерсона

Метод Л. Джонса подвергся модификации и получил развитие в методе Андерсона (D. Anderson) fold and hold (1994) — в переводе «согни и держи»:

- нахождение чувствительной болевой точки;
- попытка расположить туловище, плечевой или тазовый пояс, конечности так, чтобы боль уменьшилась на 50–70 % (при этом сокращенная болезненная мышца расслабляется);
- удержание лечебной позы минимум от 20 с до 1,5–2 мин;
- медленное (не менее 10–15 с) возвращение в исходное положение.

Мы называем этот метод терапии лечение положением. Человек должен принимать всегда такое положение, которое не вызывает чувство дискомфорта и боли, а, наоборот, облегчает боль.

Приемы лечебного воздействия на пусковые точки боли

В миотерапии для расслабления спазмированных мышц и уменьшения болевых ощущений используются следующие приемы.

Поглаживание

Выполняется одним или несколькими пальцами, бугром у основания большого пальца кисти или основанием ладони.

Следует различать следующие виды поглаживания:

продольное линейное поглаживание. При выполнении этого приема ладонная поверхность концевой фаланги большого пальца, т. е. подушечка большого пальца двигается непрерывно в продольном направлении. Используется при патологии грудной клетки, шеи,

поясницы или конечностей;

поперечно-боковое поглаживание — выполняется аналогично предыдущему, только в поперечном направлении;

поглаживание «рубанком» — производится движение на плоскости спереди назад с большим усилием и обратно — с меньшим, имитируя работу рубанком. Рекомендуется при патологии грудной клетки или конечностей;

полукруговое поглаживание — выполняется краем большого пальца около ногтя. Эффективность приема возрастает с увеличением скорости движения. Этот прием используется в основном при патологии грудной клетки (вдоль ребер) и при болезнях брюшной области.

Вибрационное пощипывание

Выполняют его двумя или тремя пальцами, устанавливаемыми в виде щипцов. Захваченную часть ткани встряхивают и придают ей колебательное (дрожательное) движение, сначала легкое, затем более интенсивное. При этом ущемляется область, где расположена активная болевая точка.

Различают следующие приемы вибрационного пощипывания:

вращение мышц — мышцы захватывают кончиками пальцев и катают в продольном или поперечном направлении. Возможно вращение между ладонями при наличии значительной массы мышц, например на предплечье;

сжатие кожи — сжатие кожи, подкожной клетчатки и мышц шеи

и плеч в складки. Методика проведения аналогична предыдущему приему, при этом только исключается вращение захваченной ткани;

вибрация — мышечные массы захватывают кончиками пальцев. Сообщают колебательное (вибрирующее) движение вперед-назад. Этот прием показан особенно для верхних и нижних конечностей;

вибрация с нажимом — прием осуществляется нажимом на болевую область кончиками пальцев, которым придается вибрирующее движение вперед-назад.

Надавливание

Выполняется кончиками пальцев или всей ладонью с различной силой (слабое, среднее, сильное надавливание). Следует различать три приема надавливания:

надавливание подушечками пальцев — оно осуществляется одним или несколькими пальцами одновременно. Рекомендуется для воздействия на голову, спину, шею и нижние конечности;

надавливание кончиком большого пальца — применяется для воздействия в различных болевых точках. Может выполняться с одновременным использованием указательного и среднего пальцев, но сильно разведенными друг от друга;

надавливание ладонью — применяется в основном для воздействия на брюшную полость.

Потирание

Быстрое возвратно-поступательное движение тыльной стороной средней фаланги большого пальца или средними пальцами.

Возвратно-поступательное движение с нажимом

Медленное возвратно-поступательное движение большого пальца со значительным нажимом.

Растирание

Мышечная масса захватывается щипком большим и указательным пальцами. При этом приеме захваченная ткань то ущемляется, то опускается. Проводится в несколько приемов по направлению прохождения мышц: от сухожилия нижнего крепления мышцы к сухожилию верхнего крепления.

Потирание между ладонями рук

Применяется при болях в верхних и нижних конечностях.

Поколачивание

Этот прием выполняют с различной силой одним или несколькими пальцами, ладонью, ребром или тыльной стороной ладони, или же кулаком.

Сгибание и разгибание в суставах рук и ног

Прием может выполняться с меньшим или большим усилием и нажимом.

Вращение и потягивание

Прием может выполняться с меньшим или большим усилием и нажимом.

Прием толкания большим пальцем

Имеет две разновидности:

а) Горизонтальное толкание всей поверхностью большого пальца

Большим пальцем, внутренняя поверхность которого находится непосредственно на болевой точке, выполняют толкательные движения в определенных направлениях с обратным более легким движением: вперед-назад или вправо-влево. Другие пальцы при толкательном движении слегка согнуты в фаланговых и пястно-фаланговых суставах, а при обратном — разогнуты.

Движения производят в определенном ритме большим пальцем

одной руки или попеременно одной и другой, а нередко большими пальцами обеих рук одновременно. Движения идут из нижних конечностей и таза.

Прием толкания необходимо сочетать с более сильным давлением на кожу, подкожную клетчатку, мышцу, вплоть до кости, т. е. необходимо глубокое воздействие на болевую точку. Прием применяют в области лба, спины и конечностей;

б) Толкание боковой поверхностью большого пальца

Чаше этот прием используют при массаже при болях в височной области головы.

Прием вонзания ногтем «палец-игла»

Этот прием — один из специфических и наиболее часто используемых. Он получил название «палец-игла», так как при этом проводится глубокое надавливание ногтем или кончиком пальца в точки воздействия. Технически различают следующие разновидности приема: однопальцевое и трехпальцевое вонзание, вонзание согнутых пальцев и пальцевой укол.

Однопальцевое вонзание

Различают два варианта:

а) вонзание указательного выпрямленного пальца — большой и средний сжимают его и как бы содействуют вонзанию в болевую точку;

б) вонзание большого пальца — пальцы кисти полусогнуты и кончик выпрямленного большого пальца вонзается в болевую точку.

При необходимости усиления воздействия этот прием сочетают с приемом вибрации, а для ослабления — с приемом разминания.

Вонзание полусогнутого пальца

В полусогнутом положении межфаланговый сустав среднего пальца вонзают в точку воздействия. При этом кисть как бы сжата в кулак.

Трехпальцевое вонзание

Производится *большим, указательным и средним* пальцами. Прием используется при отечности суставов после травматических повреждений. Кончиками пальцев в очень быстром темпе проводят пальцевые уколы в болевые точки. При этом отекшую ткань несколько смещают вверх или вниз.

Обычно давление на мышечный пусковой пункт при миотерапии продолжают до появления боли. По мере уменьшения болевого ощущения давление постепенно усиливают. Давление проводят 1–2 минуты с силой от 3 до 6 кг.

При глубоко расположенных мышцах давление на мышечный болевой пункт при миотерапии проводят локтем или суставными поверхностями своих пальцев.

Пальцевое воздействие на мышечный пусковой пункт проводят по типу «вкручивания» винта по часовой стрелке до появления болевого ощущения и «выкручивания» винта против часовой стрелки в течение 1–2 минут (циклы по 3–6 секунд).

Суть метода миотерапии может быть еще описана как ишемическое сдавление (компрессия). По представлениям Travell J., Simons D. (1989), сильное и продолжительное сдавливание пускового пункта боли вызывает фазные изменения кровотока — ишемию (нарушение кровоснабжения) с последующим полнокровием — что является основой лечебного эффекта.

! Внимание! Исходя из нашего практического опыта, установлено, что любое манипулирование с мышечным пусковым пунктом боли может не только уменьшить, но и вызвать усиление болевого ощущения. В этом случае

воздействие на мышечный пусковой пункт необходимо срочно прекратить и искать рядом другую пусковую зону, воздействуя на которую, можно остановить боль.

Если «раскалывается» голова

Массаж пусковых точек при головной боли

Если вам поставили у врача диагноз сосудистого заболевания головного мозга или сердца, если у вас периодически возникают головные боли, головокружение, сердцебиение, то начинать освоение лечебной гимнастики следует с этой главы.

В поперечных отростках шейных позвонков, попарно расположенных по бокам от тел позвонков, как нитки через бусины, проходят позвоночные артерии. Эти артерии проходят через отверстия пяти позвонков, образующих костный канал позвоночной артерии. Левая и правая позвоночные артерии входят в полость черепа через большое затылочное отверстие, на границе этого отверстия отдают по одной ветви вниз, которые, соединяясь, образуют переднюю спинальную артерию, обеспечивающую питание передних рогов шейного отдела спинного мозга.

Поднимаясь выше на 2–2,5 см, позвоночные артерии отдают задние нижние мозжечковые артерии, затем соединяются в основную артерию (а. basilaris), которая далее, делясь на разнокалиберные ветви и веточки, обеспечивает кровообращение в стволе головного мозга и мозжечке, а две ее самые крупные конечные ветви, или задние мозговые артерии кровоснабжают затылочные доли мозга и часть височных долей.

Вся эта артериальная система называется вертебрально-базилярной системой, а ствольные отделы мозга, которые она кровоснабжает — вертебрально-базилярным бассейном. Качество кровоснабжения в вертебрально-базилярном бассейне целиком и полностью зависит от кровотока во внечерепных отделах позвоночных артерий, т. е. той части позвоночных артерий, которые проходят через отверстия поперечных отверстий позвонков.

В нормальных физиологических условиях сосудисто-нервный пучок позвоночной артерии удерживается точно в центре отверстия поперечного отростка при помощи тонких соединительно-тканых тяжей,

и при любом движении в шейных суставах в пределах физиологической подвижности позвоночная артерия не страдает, иными словами, движения головы и шеи в норме не оказывают воздействия на функцию позвоночной артерии. Но в условиях развития функциональных ограничений подвижности (функциональных блокад) позвоночных двигательных сегментов ситуация меняется.

Анатомической единицей позвоночника является позвонок, а функциональной — позвоночный двигательный сегмент (ПДС): два позвонка и диск между ними, кроме того, каждый позвонок имеет еще много суставных соединений с выше- и нижележащими позвонками. При травме или просто некоординированном резком движении, превышающем по силе и объему физиологическую подвижность, а также при дегенеративных процессах как в межпозвонковых дисках, так и в позвонках (например, при остеохондрозе или при нарушении осанки), в отдельных двигательных сегментах возникают функциональные, т. е. обратимые ограничения подвижности — функциональные блокады.

При развитии функциональных блокад подвижность в заблокированных сегментах резко снижается, а в других компенсаторно повышается, образуются подвывихи позвонков, и уже в этих условиях, как правило, развивается гипоциркуляция (ослабление кровотока) по одной из позвоночных артерий и компенсаторная гиперемия — усиление кровотока — по противоположной артерии.

Дальнейшее влияние патологических факторов, увеличение количества функциональных блокад или увеличение нагрузки на вертебрально-базиллярную систему приводит к декомпенсации или проявлениям вертебрально-базиллярной недостаточности, а затем может развиваться ишемический инсульт в вертебрально-базиллярном бассейне.

Поддержание нормального кровотока — эффективный способ борьбы с костными разрастаниями

Длительное существование гипоциркуляции, недостаточного кровотока, создает условия для развития остеофитов — костных выростов, которые сначала мягкие, хрящевидные, но позже, если им ничто не мешает, пропитываются кальцием и становятся угрозой для сосудистых и нервных образований в канале позвоночной артерии, особенно если растут внутрь костного кольца или кзади — в направлении позвоночной артерии и сопровождающих ее вен и нервов. Если артерия функционирует активно и достаточно хорошо пульсирует, то такой остеофит развиваться не может. Отсюда вывод: необходимо постоянное

поддержание нормального функционирования позвоночных артерий и профилактика развития остеофитов.

На самом деле вертебрально-базилярная недостаточность — это несоответствие между возможностью мозга потреблять и возможностью вертебрально-базилярной системы обеспечить необходимый объем кровотока. Если при любой нагрузке на вертебрально-базилярную систему кровообращение не замедляется, то вертебрально-базилярной недостаточности нет. Если же при определенных условиях, например при повороте или запрокидывании головы, перемене положения тела, длительной работе за компьютером, возникает мозговая дисфункция в вертебрально-базилярном бассейне, то недостаточность имеет место, и необходимо определить ее происхождение, уровень компенсации и стадию.

Чувствительность ткани головного мозга зависит от наличия и плотности нервных окончаний. Многие внутричерепные структуры лишены чувствительной иннервации, и поэтому механическое воздействие на них не сопровождается болью. Болевой рецепции лишены кости черепа с их венами, вещество мозга и сосудистые сплетения желудочков. Также нечувствительны к боли бессосудистые участки мозговых оболочек. Поэтому многие симптомы заболеваний головного мозга человека могут проявляться в достаточно поздних периодах, когда уже обнаруживаются нарушения функции: снижение зрения, слабость в конечностях, неустойчивость при ходьбе и др.

Наоборот, к структурам с высокой болевой чувствительностью относятся большие вены и венозные синусы, артерии твердой мозговой оболочки (передняя и средняя оболочечные артерии), крупные артерии основания мозга, твердая мозговая оболочка в области передней, задней и средней черепной ямок, мягкая мозговая оболочка вблизи крупных артерий основания мозга, черепные нервы и верхние шейные нервы. Чувствительны к боли кожа, фасции, мышцы и надкостница. Боль в голове — это ощущение боли в анатомических образованиях головы и шеи, одно из немногих страданий, которое знакомо практически каждому человеку. Редкий человек может сказать о себе, что он никогда не испытывал боли в голове.

Болят ли голова у детей?

Долгое время считалось, что боль в голове у детей, особенно маленьких, встречается редко, во всяком случае гораздо реже, чем у взрослых. Это объясняется тем, что маленькие дети вообще не знают, как

объяснить свои ощущения боли в голове, а более взрослые дети не любят жаловаться на головную боль, порой даже скрывают факт ее наличия. Однако клинические исследования показали, что распространенность головной боли среди детей и подростков колеблется от 15 до 39 %.

Любая боль в голове — у взрослого или ребенка — представляет собой симптом, а не болезнь. Для возникновения боли в голове существует более 1500 причин. Рассмотрим основные причины головной боли.

Виды головной боли

Головная боль при повышении внутричерепного давления

Для возникновения боли в голове более ранними и наиболее часто встречающимися являются симптомы, связанные с нарушениями венозного оттока или оттока спинномозговой жидкости из полости черепа. При нарушениях венозного оттока или оттока спинномозговой жидкости из полости черепа возникает гипертензионная головная боль вследствие повышения внутричерепного давления, когда происходит разбухание или отек мозговой ткани. Мозговая ткань увеличивает свой объем и оттесняет мозговые оболочки к внутренней поверхности черепа.

Твердая мозговая оболочка имеет огромное количество нервных окончаний. В результате отека и набухания мозга она прижимается к внутренней поверхности черепа и у человека возникает **гипертензионная головная боль** диффузного характера (в шее, висках, лбу, темени, затылке, иногда распирающего нестерпимого характера), которая отличается богатой вегетативной окраской (сердцебиение, обильное потоотделение, покраснение или побледнение лица, чувство страха и др.) при сильных приступах. Нередко головная боль резко усиливается при наклонах, особенно крайних положениях головы вперед, назад, в стороны, при поворотах головы. Головная боль также усиливается при кашле и чихании, любых резких движениях.

Такая головная боль может сопровождаться внезапной, не связанной с приемом пищи, «мозговой» рвотой. Рвота обычно возникает на пике головной боли. После рвоты головная боль несколько уменьшается. Часто у больных отмечается вынужденное положение головы, т. е. больные выбирают такую позу, при которой боль в голове уменьшается.

Венозный отток или отток спинномозговой жидкости из полости черепа ухудшается во время положения лежа, поэтому головная боль гипертензионного диффузного характера достигает максимума в ночные и

утренние часы, часто после сна.

Причины утренней головной боли

Отравление химическими веществами (алкоголь, угарный газ и др.). Происходит расслабление сосудов головного мозга, в сосудах открываются многочисленные дырочки (поры). Жидкость из сосудов лавинообразно устремляется в окружающую мозговую ткань. Происходит отек и набухание окружающей ткани, которая прижимает твердую мозговую оболочку с многочисленными нервными окончаниями к внутренней поверхности черепа и возникает диффузная головная боль, часто нестерпимого характера.

Неправильное положение головы во время сна. Часто люди после тяжелого трудового дня засыпают, сидя за столом во время праздничного ужина или во время просмотра телевизора в мягком кресле с неудобным положением головы, свесив голову в сторону или запрокинув ее назад. Некоторые люди привыкли спать вообще без подушки или с маленькой подушечкой, подоткнув ее под шею, или на животе.

Сосудисто-нервный пучок позвоночной артерии, позвоночный нерв, две вены и одна артерия, которая проходит в верхнешейном отделе позвоночника, в нормальных физиологических условиях сдавливается с этой же стороны полностью при наклоне головы в сторону. При наклоне головы назад и особенно при одновременном поднимании рук кверху, сдавливается сосудисто-нервный пучок подключичной артерии и кровотоков в позвоночных артериях может уменьшаться до 80 %!

Во всех этих положениях нарушается венозный отток или отток спинномозговой жидкости из полости черепа. Если это происходит у молодого человека, запас прочности которого достаточен, то ничего страшного не случится, и такое положение головы может даже являться тренирующим фактором. Но если у вас повышенное артериальное давление или имеется атеросклероз сосудов головного мозга, то такое положение головы вызывает дополнительную недостаточность кровоснабжения мозга (ишемию мозговой ткани) и может привести к сосудистой катастрофе, вплоть до смертельного исхода.

Ни в коем случае нельзя спать на валиках, так как сдавливая мягкие ткани шейного отдела позвоночника, валик может нарушать венозный отток или отток спинномозговой жидкости из полости черепа. Спать нужно таким образом, чтобы в положении на боку плечо было на

кушетке. Пространство между головой и кушеткой необходимо заполнить прямоугольной подушечкой, толщина которой равна длине вашего плеча. На спину переворачиваемся — высота остается такой же.

Массаж воротниковой зоны. При массаже воротниковой зоны кровь перемещается из сосудов основания черепа (базальных отделов) вниз, в воротниковую зону. Создавая недостаточность кровообращения (ишемию) продолговатого мозга у молодых людей, эти перемещения крови являются тренирующим фактором, у больных же артериальной гипертонией и атеросклерозом сосудов головного мозга это может приводить к сосудистым катастрофам — инсультам мозговой ткани или инфарктам миокарда.

! Внимание! Массаж воротниковой зоны особенно опасен, если его проводить перед сном!

Аномалии развития мозга. У некоторых людей часть мозговой ткани (миндалины мозжечка) может опускаться в большое затылочное отверстие (патология Арнольд-Киари), тогда при крайних положениях головы могут возникать нарушения оттока спинномозговой жидкости из полости черепа и головная боль диффузного характера.

Аномалии развития позвоночника. У некоторых людей отросток второго шейного позвонка может входить в большое затылочное отверстие (вентро-базиллярная импрессия), тогда при крайних положениях головы, особенно при наклонах головы вперед, может сдавливаться спинной мозг и нарушаться отток жидкости по спинномозговому каналу из полости черепа — возникает головная боль диффузного характера.

Опухоли головного мозга и мозжечка. Опухоли головного мозга и мозжечка, создавая дополнительный объем внутри замкнутой полости, вызывают нарушения венозного оттока и оттока спинномозговой жидкости из полости черепа — возникает головная боль диффузного характера.

Головная боль диффузного характера может быть признаком серьезного заболевания головного мозга, поэтому при ее неоднократном повторении необходимо срочно обратиться к врачу-неврологу, чтобы выяснить ее причины.

Сосудистая головная боль

Сосудистая головная боль не зависит от времени суток и носит пульсирующий характер, часто проявляется постепенным началом с умеренной или слабой интенсивностью, затем переходящей к резкими болевым ощущениям в области висков, чаще с одной стороны лба, реже затылка. У некоторых людей появляется боль в одной половине головы, которая часто возникает внезапно в околоорбитальной области и за глазами, иррадирует в лобно-височную, скуловую область, иногда по всей половине головы, в шею. Она может продолжаться от нескольких минут до нескольких часов.

Как правило, сосудистая головная боль связана со спазмом внутри — и внечерепных сосудов.

Мигрень — болезнь аристократов

В художественной литературе XIX века можно найти множество примеров описания мигренозной головной боли. Чаще всего ей страдают женщины. Возникает спазм внутри- и внечерепных сосудов, чаще всего это случается при наследственной головной боли — мигрени.

Мигрень — это приступы различных по интенсивности и продолжительности повторных головных болей, чаще односторонней локализации. В большинстве случаев перед приступом мигрени возникает фаза ауры в виде вегетативных расстройств: сердцебиения, потоотделения, покраснения или побледнения лица, чувства страха и др. Длительность ауры индивидуальна, в среднем от 15 до 45 минут, болевые ощущения в голове в этот момент еще отсутствуют.

Мигрень — это семейное заболевание, при котором прослеживаются наследственно обусловленные нарушения в сосудистой, нервной и эндокринной системах. При этом наиболее вероятен аутосомно-доминантный тип наследования: большинство детей (75 %) наследуют мигрень от матери, по отцовской линии мигрень передается лишь в 20 % случаев (5 % не установлено).

Сосудистая головная боль спастического характера при продолжительности в несколько часов неизбежно переходит в сосудистую головную боль в результате расслабления сосудистой стенки — происходит патологическое расширение и атония сосудов головного мозга. Когда сосуды расслабляются, в них открываются многочисленные дырочки (поры) и в окружающую мозговую ткань лавинообразно устремляется жидкость, возникает отек и набухание головного мозга.

Твердая мозговая оболочка с многочисленными нервными окончаниями придавливается к внутренней поверхности черепа и возникает головная боль нестерпимого диффузного характера, часто с тошнотой и рвотой.

Для дифференциальной диагностики сосудистой головной боли в результате спазма или расслабления сосудистой стенки в первую очередь необходимо оценить величину артериального давления. При повышенном артериальном давлении и спазме сосудов головного мозга назначаются сосудорасширяющие средства быстрого воздействия: дибазол, папаверин, ношпа, папазол, клофелин. Эффективно действуют бета-блокаторы (анаприлин, вискен и др.).

Если интенсивность головной боли от приема вышеперечисленных препаратов не снижается, это свидетельствует о том, что она перешла в другую фазу — фазу расслабления сосудистой стенки. С целью коррекции боли в этой фазе необходимо назначать прессорные амины (препараты с кофеином), средства, уменьшающие проницаемость сосудистой стенки (аскорбиновая кислота, рутин, аскорутин и др.), дегидратационные препараты (глицин, триампур, лазикс и др.).

При возникновении мигренозных приступов необходимо применять производные алкалоидов спорыньи (дигидроэрготамин, дигидроэрготоксин, редергин, ницерголин, дитамин и др.), антигистаминные (димедрол, пипольфен, тавегил, супрастин, перидол), антисеротониновые (циннаризин, диваксан, имигран) средства. Церебральные венозные дисциркуляции обычно облегчаются вазоактивными препаратами, среди которых наиболее популярны броксевизин, трибенозил (гливенол), эксузап, анавенол. Одновременно с ними можно применять простые анальгетики из группы парааминофенола: панадол, долипран, калпан и др.

! Внимание! Не принимайте лекарственные препараты без назначения врача — это может быть опасно!

Затылочные головные боли и боли мышечного напряжения

Среди всех типов головных болей затылочные головные боли и головные боли мышечного напряжения встречаются в 80 % случаев. Их возникновение обусловлено различными болевыми синдромами, развивающимися в той или иной мышце головы и шеи. Подобные головные боли проявляются напряжением мышц плечевого пояса, головы, шеи, с наличием болевых точек в указанных мышцах.

Отмечаются ощущения внешнего стягивания вокруг головы («каска», «шапка», «шлем», «обруч» на голове), напряжение и болезненность мышц волосистой части головы. Могут ощущаться боли при расчесывании волос. Кроме того, выявляется ограничение подвижности в шейном отделе позвоночника из-за болевого мышечного спазма (шея как бы в «корсете»). Головная боль может быть приступообразной или хронической, тупой или ноющей, чаще начинается с утра, к середине дня несколько уменьшается, но к вечеру вновь усиливается.

Головные боли локализуются в подзатылочной области и в большинстве случаев имеют постоянный и тупой характер (растяжение черепных артерий вызывает жгучую и тянущую боль). В некоторых случаях боли могут усиливаться до острых, пронизывающих и прокалывающих, как при шейном «простреле».

В этих случаях соответственно выраженности болей могут возникать тошнота, рвота, побледнение или покраснение лица, потоотделение, головокружения, неустойчивость при ходьбе, иногда опущение век и звон в ушах. Подзатылочные головные боли могут запускаться от межпозвонковых дисков шейного отдела позвоночника, от подзатылочных мышц, от трапециевидной мышцы или от мышцы, поднимающей лопатку.

Головные боли мышечного напряжения

Головные боли мышечного напряжения в подзатылочной области могут быть связаны с тоническим напряжением нижней косой мышцы головы. Располагаясь между нижней косой мышцей головы и задней большой прямой мышцей головы, большой затылочный нерв петлей охватывает нижнюю косую мышцу головы и выходит под кожу в подзатылочную область, широкой полосой иннервируя кожу волосистой части головы до шва, отделяющего затылочную кость от теменной.

Повышенная чувствительность или онемение, стреляющие или ломящие боли в этой зоне сначала появляются ночью или после сна, но обычно исчезают через 20–40 минут. В последующем они появляются в дневное время, усиливаются при поворотах головы в здоровую сторону и при разгибании головы. В некоторых случаях присоединяются пульсирующие и жгучие головные боли.

Практически всегда можно обнаружить болевую точку в месте выхода под кожу большого затылочного нерва.

! В любом случае головная боль — признак неблагополучия в кровоснабжении мозга в той или иной степени. Не оставляйте этот симптом без внимания. Ни в коем случае нельзя терпеть головную боль. Нужно снимать ее любыми средствами.

Готовим себя к массажу триггерных точек

! Внимание! Если вы напряжены или ваша поза неудобна, это снизит эффективность проведения миоотерапии. Поэтому желательно предварительно провести упражнения по методике расслабления и сосредоточения.

Упражнение 1

В положении лежа на спине или сидя приложите кончики пальцев к вискам. Представьте себе, что кончиками пальцев вы ощущаете движение волос. Контакт при пальпации (ощупывании) должен быть очень нежным, сила давления должна быть меньше 5 г. Попробуйте представить, что голова непрерывно изменяет свою форму в соответствии с дыхательной активностью и что все тело также совершает физиологические произвольные смещения в соответствии с дыханием. В фазу «вдох» тело разгибается и расширяется. В фазу «выдох» тело сгибается и слегка сужается. Если контакт с собственным телом вызывает защитную реакцию, прервите выполнение упражнения.

Упражнение 2

Выполнять лежа на спине, без подушечки. Голову немного запрокинуть и опереть ее на затылок. Если в этом положении появится легкое головокружение или чувство дискомфорта, немедленно отказаться от выполнения этого упражнения! Если вы чувствуете себя хорошо,

расположить указательный и средний пальцы левой руки справа на боковой поверхности шеи на два пальца выше середины ключицы. Мягко нажав пальцами в этом месте, почувствуйте пульс на сонной артерии.

Сделайте то же самое правой рукой с левой стороны шеи: почувствуйте пульс на сонной артерии. Сравните по частоте и наполненности пульс с левой и правой сторон. Если с одной стороны пульс ощущается существенно слабее, срочно обратитесь к неврологу!

Упражнение 3

Для растяжения позвоночных артерий (по J.-P. Barral, 1999, на примере левой позвоночной артерии). Выполнять лежа на спине, левую руку поместить на противоположном плече, правая рука расположена так, чтобы основание ладони было на уровне верхнечелюстного сустава справа (ниже мочки уха) с этой же стороны, а кончики пальцев — на волосистой части головы.

Левая рука осуществляет легкое давление к ногам для создания противосилы. Правая рука отжимает голову влево, при этом немного наклоняя и поворачивая голову в ту же сторону. Этим движением достигается разведение правых поперечных отростков и выпрямление позвоночной артерии на уровне С1–С2, С1 и затылочной кости.

Упражнение 4

Болезненный спазм позвоночных и сонных артерий может развиваться из-за раздражения «звездчатого» симпатического ганглия. Это упражнение — техника торможения функции нижней части «звездчатого» симпатического ганглия. Выполнять лежа на спине, шея располагается прямо, в нейтральном положении, плечи опущены, согнутый средний палец кисти противоположной руки находится над ключицей на ее внутреннем крае. Затем проводить легкое и медленное надавливание на мягкие ткани, стараясь проникнуть за внутренний край ключицы в течение 1–2 минут с силой от 3 до 6 кг. Упражнение повторять 3–6 раз каждые 2–3 минуты до полного исчезновения боли.

Прежде чем выполнять упражнение по миотерапии, вернитесь к схеме на с. 29 на которой показаны разные отделы позвоночника человека.

Приемы миотерапии при головной боли

Приемы миотерапии при головной боли в теменной области

Упражнение 5

Выполнять лежа на спине, голова в нейтральной позиции. Определить середину верхней части черепа следующим образом: провести условный полукруг от уха до уха через макушку. Чуть вперед от макушки находится точка большой чувствительности. Справа и слева от найденной точки указательными пальцами обеих рук нащупать соединение затылочной и теменной костей.

Затем, для улучшения оттока венозной крови из прямого венозного синуса, от этого места указательными и наложенными поверх них средними пальцами обеих рук проводить медленные плавные ритмические поглаживающие массажные движения вниз по волосистой части головы до лба. Поглаживание проводить в течение 1,5–2 минут, перерыв 2–3 минуты, повторить 3–6 раз.

Сделав перерыв 2–3 минуты, согнутым правым средним пальцем найти самую чувствительную точку чуть спереди макушки и провести миотерапию: прием вонзания до появления боли. По мере уменьшения болевого ощущения в течение 0,5–1 минут давление среднего пальца на точку постепенно усиливать. Надавливать в течение 1–2 минут с силой от 3 до 6 кг. Прием повторять 3–6 раз через каждые 2–3 минуты до полного исчезновения боли. Далее продвигать согнутый средний палец вниз по средней линии до лба, и в случае обнаружения чувствительной болевой точки (пусковой пункт) повторно провести миотерапию этого пункта.

Упражнение 6

Выполнять сидя. Определить середину верхней части черепа следующим образом: провести условный полукруг от уха до уха через макушку. Чуть вперед от макушки находится точка большой чувствительности. Справа и слева от найденной точки указательными пальцами обеих рук нащупать соединение затылочной и теменной костей. Затем для улучшения оттока венозной крови из прямого венозного синуса от этого места указательными и наложенными поверх них средними пальцами обеих рук проводить медленные плавные ритмические поглаживающие массажные движения вниз по волосистой части головы до затылка. Поглаживание проводить в течение 1,5–2 минут, перерыв 2–3 минуты, повторить 3–6 раз.

Сделав перерыв 2–3 минуты, правым согнутым средним пальцем найти самую чувствительную точку чуть спереди макушки и провести миотерапию: прием вонзания до появления боли. По мере уменьшения болевого ощущения в течение 0,5–1 минуты давление среднего пальца на точку постепенно усиливать. Надавливать в течение 1–2 минут с силой от 3 до 6 кг. Прием повторять 3–6 раз через каждые 2–3 минуты до полного исчезновения боли. Далее продвигать согнутый средний палец вниз по средней линии до затылка, и в случае обнаружения чувствительной болевой точки (пусковой пункт) повторно провести миотерапию этого пункта.

Упражнение 7

Выполнять сидя. Определить середину верхней части черепа следующим образом: провести условный полукруг от уха до уха через макушку. Чуть вперед от макушки находится точка большой чувствительности. Положить указательные пальцы справа и слева от найденной точки так, чтобы расстояние между пальцами было около 2 см.

Для улучшения оттока венозной крови из нижнего сагиттального синуса проводить медленные плавные ритмические поглаживающие массажные движения указательными пальцами вниз по затылку параллельно средней линии головы. Поглаживание проводить в течение 1,5–2 минут, перерыв 2–3 минуты, повторить 3–6 раз.

Сделав перерыв 2–3 минуты, согнутым средним пальцем правой кисти найти самую чувствительную точку чуть спереди макушки и провести миотерапию: прием вонзания до появления боли. По мере уменьшения болевого ощущения в течение 0,5–1 минуты давление среднего пальца на точку постепенно усиливать. Надавливать в течение 1–2 минут с силой от 3 до 6 кг. Прием повторять 3–6 раз через каждые 2–3 минуты до полного исчезновения боли. Далее продвигать согнутый средний палец вниз по средней линии до затылка и в случае обнаружения чувствительной болевой точки повторно провести миотерапию.

Упражнение 8

Выполнять лежа на спине, голова в нейтральной позиции. Подушечкой среднего пальца правой руки нащупать соединение лобной и теменной костей (небольшое углубление). Затем медленными плавными ритмическими движениями проводить в этой точке вращение по часовой стрелке по типу «вкручивание винта» в течение 1–1,5 минут, постепенно ослабляя давление. Перерыв 1–2 минуты. Повторить 3–6 раз.

Сделав перерыв 2–3 минуты, согнутым средним пальцем правой кисти провести миотерапию: прием вонзания до появления боли. По мере уменьшения болевого ощущения в течение 0,5–1 минуты давление среднего пальца на точку постепенно усиливать. Надавливать в течение 1–2 минут с силой от 3 до 6 кг. Прием повторять 3–6 раз через каждые 2–3 минуты до полного исчезновения боли.

Упражнение 9

Выполнять лежа на спине, голова в нейтральной позиции. Подушечкой среднего пальца кисти левой руки нащупать соединение лобной и теменной костей. Затем медленными плавными ритмическими движениями проводить вращение против часовой стрелки по типу выкручивание винта в течение 1–1,5 минут, постепенно ослабляя давление. Перерыв 1–2 минуты. Повторить 3–6 раз. (См. рисунок к упражнению 8.)

Сделав перерыв 2–3 минуты, согнутым средним пальцем правой кисти провести миотерапию: прием вонзания до появления боли. По мере уменьшения болевого ощущения в течение 0,5–1 минуты давление среднего пальца на точку постепенно усиливать. Надавливать в течение 1–2 минут с силой от 3 до 6 кг. Прием повторять 3–6 раз через каждые 2–3 минуты до полного исчезновения боли. Далее продвигать согнутый средний палец вниз до лба и в случае обнаружения чувствительной болевой точки повторно провести миотерапию.

Упражнение 10

Выполнять лежа на животе, голова в нейтральной позиции. Четыре пальца правой руки и четыре пальца левой руки расположить параллельно срединной линии черепа на вершине волосистой части головы так, чтобы пальцы касались друг друга. Затем осуществлять подушечками средних пальцев плавные ритмические движения против часовой стрелки по типу «выкручивания винта» до появления ощущения боли. По мере уменьшения болевых ощущений давление постепенно усиливать в течение 0,5–1 минуты. Движение проводить в течение 1–2 минут. Миотерапию повторять 3–6 раз через 2–3 минуты до полного исчезновения боли.

Сделав перерыв 2–3 минуты, согнутым средним пальцем правой кисти провести прием вонзания до появления боли.

По мере уменьшения болевого ощущения в течение 0,5–1 минуты давление среднего пальца на точку постепенно усиливать. Надавливать в течение 1–2 минут с силой от 3 до 6 кг. Прием повторять 3–6 раз через каждые 2–3 минуты до полного исчезновения боли.

Далее продвигать согнутый средний палец вниз параллельно

средней линии до затылка и в случае обнаружения чувствительной болевой точки повторно провести миотерапию. Точно так же, параллельно срединной линии черепа, провести миотерапию согнутым средним пальцем левой кисти, постепенно продвигая его до затылка и в случае обнаружения чувствительной болевой точки повторно провести процедуру.

Упражнение 11

Выполнять лежа на животе, голова в нейтральной позиции. Подушечки средних пальцев обеих рук расположить на противоположных половинах головы (перекрестно: правый палец на левой половине, левый — на правой половине) рядом со средней линией головы, в области проекции наиболее выраженных болевых ощущений. Затем осуществлять в точках боли подушечками средних пальцев плавные ритмические движения против часовой стрелки по типу «выкручивания винта» в течение 1–1,5 минут, перерыв 1–2 минуты. Повторить 3–6 раз.

Сделав перерыв 2–3 минуты, согнутым средним пальцем правой кисти провести миотерапию: прием вонзания до появления боли. По мере уменьшения болевого ощущения в течение 0,5–1 минуты давление среднего пальца на точку постепенно усиливать. Надавливать в течение 1–2 минут с силой от 3 до 6 кг. Прием повторять 3–6 раз через каждые 2–3 минуты до полного исчезновения боли.

Далее продвигать согнутый средний палец вниз параллельно средней линии до лба, и в случае обнаружения чувствительной болевой точки повторно провести миотерапию. Затем провести точно так же миотерапию согнутым средним пальцем левой кисти.

Приемы миотерапии при головных болях в затылке

Упражнение 12 (для расслабления подзатылочных мышц)

Упражнение расслабляет шейную часть мышцы, выпрямляющей туловище. Выполнять сидя, руки заведены за голову, пальцы сомкнуты в «замок». Легко давить головой назад против сопротивления ваших рук, одновременно опуская подбородок. Удерживать это положение 9–11 с,

расслабление 6–8 с, повторить 5–6 раз. В ходе выполнения упражнения тщательно контролировать позицию подбородка. Упражнение эффективно при головных болях в затылочной области.

Упражнение 13

Выполнять лежа на спине, голова в нейтральной позиции. Четыре пальца правой руки и четыре пальца левой руки расположить параллельно срединной линии черепа на затылке выше затылочного бугра так, чтобы пальцы соприкасались. Затем подушечками пальцев осуществлять давление в течение 1–1,5 минут.

Обнаружив самую чувствительную болевую точку справа, правым согнутым средним пальцем провести миотерапию: прием вонзания до появления боли. По мере уменьшения болевых ощущений в течение 0,5–1 минуты давление среднего пальца на точку постепенно усиливать. Надавливать в течение 1–2 минут с силой от 3 до 6 кг. Прием повторять 3–6 раз через каждые 2–3 минуты до полного исчезновения боли.

Это же упражнение можно выполнять сидя, голова в нейтральной позиции.

Далее продвигать правый согнутый средний палец вниз параллельно средней линии до затылка справа, и в случае обнаружения других чувствительных болевых точек повторно провести миотерапию. Обнаружив чувствительную болевую точку слева, повторить упражнение левым согнутым средним пальцем параллельно средней линии черепа, провести миотерапию. Далее продвигать левый согнутый средний палец вниз параллельно средней линии до затылка слева и в случае обнаружения чувствительных болевых точек повторно провести миотерапию.

Упражнение 14

Выполнять лежа на спине. Разместить основание ладони левой руки на спине на уровне VII шейного позвонка (наиболее выступающий позвонок чуть выше уровня плеч, см. схему). Основание ладони правой кисти положить на верхнюю часть грудины посередине так, чтобы пальцы были направлены перпендикулярно в сторону. Лежать необходимо, не

скрещивая ноги, а вытянув их. В этом положении давить основанием ладони правой руки на грудину в течение 1–2 минут, пока не почувствуете уменьшение боли.

Затем в положении сидя основанием ладони правой или левой руки повторить упражнения.

Сделав перерыв 2–3 минуты, средний палец левой кисти расположить по линии позвоночника ниже уровня VII шейного позвонка. Затем этим же пальцем проводить давление до появления болевых ощущений.

По мере уменьшения болевого ощущения в течение 0,5–1 минуты давление постепенно усиливать. Надавливать в течение 1–2 минут с силой до 3–6 кг. Прием повторять 3–6 раз через каждые 2–3 минуты до уменьшения и исчезновения боли.

Далее продвигать согнутый левый средний палец вверх по средней линии по межпозвоноквым сочленениям до затылка и в случае обнаружения чувствительных болевых точек повторно провести миотерапию.

Упражнение 15

Выполнять лежа на спине, голова в нейтральной позиции. Расположить согнутые средние пальцы обеих рук на 1 см ниже наружных углов глаз в углублениях. Большие пальцы должны находиться на нижней наружной границе затылочной кости. Установить несскользящий контакт средних пальцев с поверхностью кожи и не сжимать их слишком сильно. Затылок мягко удерживать большими пальцами. Затем, фиксируя большие пальцы на затылочной кости, осуществлять плавные медленные ритмичные движения руками вперед синхронно с головой, как будто наклоняя ее вперед. Движение выполнять в течение 1–1,5 минут.

Сделав перерыв 2–3 минуты, согнутыми средними пальцами кистей обеих рук провести миотерапию: прием вонзания до появления боли. По мере уменьшения болевого ощущения в течение 0,5–1 минуты давление средних пальцев на точки постепенно усиливать. Надавливать в течение 1–2 минут с силой от 3 до 6 кг. Прием повторять 3–6 раз через каждые 2–3 минуты до уменьшения и исчезновения боли.

Упражнение 16

Выполнять лежа на спине, голова в нейтральной позиции. Большие пальцы обеих рук расположить на углах нижней челюсти (правой руки — на углу правой челюсти, левой руки — на левой). Указательные пальцы расположить снизу под наружными частями бровей. Затем провести миотерапию: прием вонзания до появления боли. По мере уменьшения болевого ощущения в течение 0,5–1 минуты давление указательным пальцем на точки постепенно усиливать. Надавливать в течение 1–2 минут с силой от 3 до 6 кг.

Прием повторять 3–6 раз через каждые 2–3 минуты до полного уменьшения и исчезновения боли. Далее продвинуть указательные пальцы на середину бровей и в случае обнаружения чувствительных болевых точек повторно провести миотерапию. Для усиления давления указательных пальцев оказывать ими легкое сопротивление поднятию головы над кушеткой, слегка увеличивая амплитуду подъема головы.

Упражнение 17

Выполнять лежа на спине, голова в нейтральной позиции. Поместить кончики средних пальцев в ушные раковины. Указательные пальцы расположить под вершинами сосцевидных отростков (наиболее выступающие костные отростки за ушами). Большие пальцы расположить под нижней челюстью. Почувствовав ритм движения черепа, на фазе «вдох» средними, указательными и большими пальцами тянуть голову

вверх. На фазе «выдох» удерживать достигнутое во время вдоха положение головы. Упражнение повторить 3–6 раз.

Сделав перерыв 2–3 минуты, согнутыми средними пальцами обеих кистей пропальпировать самые чувствительные точки в ушной раковине и провести прием вонзания до появления боли. По мере уменьшения боли в течение 0,5–1 минуты давление на точки постепенно усиливать. Надавливать в течение 1–2 минут с силой от 3 до 6 кг. Прием повторять 3–6 раз через каждые 2–3 минуты до полного исчезновения боли. Далее пропальпировать повторно ушную раковину в других направлениях, и в случае обнаружения чувствительности болевых точек повторно провести миотерапию. (См. ил. справа Упр. 17)

Упражнение 18

Миотерапию для снятия головной боли в области затылка выполнять сидя, с выпрямленным туловищем и слегка наклоненной вперед головой. Подушечками согнутых больших пальцев обеих кистей рук найти самые болезненные точки в местах перехода шейной части позвоночника в затылок и провести миотерапию: прием вонзания до появления боли, одновременно облакачивая всю тяжесть головы назад на большие пальцы.

По мере уменьшения болевых ощущений в течение 0,5–1 минуты давление больших пальцев на болезненные точки постепенно усиливать. Надавливать в течение 1–2 минут с силой от 3 до 6 кг. Прием повторять 3–6 раз через каждые 2–3 минуты до полного исчезновения боли. Далее продвигать согнутые большие пальцы внутрь по линии сочленения шеи и затылка и в случае обнаружения чувствительных болевых точек повторно провести миотерапию в этих точках.

Упражнение 19

Упражнение выполнять сидя. Одной рукой обхватить свою голову с больной стороны (сверху), развернуть ее в здоровую сторону и свободной рукой фиксировать щеку на стороне наклона головы (снизу).

Согнутом правым средним пальцем найти самую чувствительную

точку в месте сочленения черепа с I позвонком снаружи (паравертебральная) и провести миотерапию: прием вонзания до появления боли, одновременно облакачивая всю тяжесть головы назад на согнутый средний палец кисти правой руки. По мере уменьшения болевых ощущений в течение 0,5–1 минуты давление головы на средний палец правой кисти постепенно усиливать. Надавливать в течение 1–2 минут с силой от 3 до 6 кг. Прием повторять 3–6 раз через каждые 2–3 минуты до уменьшения или исчезновения боли. Далее продвигать согнутый средний палец внутрь по линии сочленения затылка с позвоночником и в случае обнаружения чувствительных болевых точек провести миотерапию в этих точках.

Упражнение 20

Положение рук такое же, как и в предыдущем упражнении. Голову не обязательно максимально наклонять вперед и поворачивать в сторону. Средним пальцем руки, обхватывающей голову, найти болевую точку рядом с позвоночником между черепом и I позвонком и провести миотерапию: прием вонзания до появления боли. По мере уменьшения болевых ощущений в течение 1–2 минут давление среднего пальца на точку постепенно усиливать.

Надавливать в течение 1–2 минут с силой от 3 до 6 кг. Прием повторять 3–6 раз через каждые 2–3 минуты до полного исчезновения боли. Далее продвигать согнутый средний палец вниз между черепом и I позвонком и вверх на затылок и в случае обнаружения чувствительной болевой точки повторно провести миотерапию.

Приемы миотерапии при резкой затылочно-лобной головной боли стреляющего характера

Выше мы уже говорили, что под черепом на затылочной кости имеются «полозья», которые сочленяются с суставными «чашками» первого шейного позвонка. При резких некоординирующих движениях

(поскользнулся — упал, выпрыгнул на мяч во время игры в волейбол или баскетбол) вместо естественного качания черепа при сгибании и разгибании возникает подвывих в шейно-затылочном сочленении.

Затылок часто фиксируется (застревает) в этом положении. В результате возникает резкая затылочно-лобная головная боль стреляющего характера, распространяющаяся от затылка через макушку до лба, часто с выраженным повышением чувствительности волосистой части головы на стороне подвывиха. Резкая головная боль стреляющего характера постепенно переходит в головную боль диффузного характера с присоединением головокружения, сердцебиения, тошноты, рвоты, что свидетельствует об отеке и набухании мозговой ткани.

Для ликвидации и уменьшения таких головных болей рекомендуются следующие упражнения.

Упражнение 21

Упражнение выполнять сидя, опираясь спиной о спинку стула. Средний палец левой руки расположить на поперечном отростке I позвонка слева (ямка между наиболее выступающей костной частью — сосцевидным отростком — и ушной раковиной). Основание правой ладони расположить горизонтально на середине лба. Затем ритмичным коротким движением среднего пальца левой руки толкаем левый поперечный отросток первого шейного позвонка вверх с синхронным движением ладони правой руки вниз, немного вправо и назад.

Можем услышать щелчок и почувствовать исчезновение боли. Затем согнутым средним пальцем правой руки провести миотерапию: прием вонзания до появления боли. По мере уменьшения болевого ощущения в течение 0,5–1 минуты давление среднего пальца на точку постепенно усиливать. Надавливать в течение 1–2 минут с силой от 3 до 6 кг. Прием повторять 3–6 раз через каждые 2–3 минуты до полного исчезновения боли.

Упражнение 22

Упражнение выполнять сидя, опираясь спиной о спинку стула. Средний палец правой руки расположить на поперечном отростке I позвонка справа (ямка между наиболее выступающей костной частью — сосцевидным отростком — и ушной раковиной). Основание левой ладони

расположить горизонтально на середине лба. Затем коротким движением среднего пальца правой руки толкаем правый поперечный отросток первого шейного позвонка вверх с синхронным движением ладони левой руки вниз, немного влево и назад, а ладонью левой руки одновременно толкаем голову вниз и назад.

В случае эффективности можем услышать щелчок и почувствовать исчезновение боли. Затем средним пальцем левой кисти провести миотерапию: прием вонзания до появления боли. По мере уменьшения болевого ощущения в течение 0,5–1 минуты давление среднего пальца на точку постепенно усиливать. Надавливать в течение 1–2 минут с силой от 3 до 15 кг. Прием повторять 3–6 раз через каждые 2–3 минуты до уменьшения и исчезновения боли.

Упражнение 23

Упражнение выполнять сидя, опираясь спиной о спинку стула. Подушечку большого пальца правой руки расположить под правым отростком первого шейного позвонка, находящегося в углу между нижней челюстью и сзади нижней части ушной раковины. Основание левой ладони расположить горизонтально на середине темени. Затем проводить медленные синхронные ритмические движения, во время которых большой палец правой руки поднимает правый поперечный отросток первого шейного позвонка вверх, а основание левой ладони синхронно толкает затылок вниз, немного вправо и назад.

Медленные синхронные ритмические движения выполнять в течение 1,5–2 минут. Повторить 3–6 раз с промежутками в 2–3 минуты. В случае эффективности можем услышать щелчок и почувствовать исчезновение боли и вынужденного положения головы. Затем для уменьшения остаточных болевых ощущений подушечкой правого большого пальца провести миотерапию. По мере уменьшения болевого ощущения в течение 0,5–1 минуты давление большого пальца на правый поперечный отросток первого шейного позвонка постепенно усиливать. Надавливать в течение 1–2 минут с силой 3–6 кг. Прием повторять 3–6 раз через 2–3 минуты до уменьшения и исчезновения боли.

Упражнение 24

Упражнение проводить в положении сидя, опираясь грудным отделом позвоночника о спинку стула. Подушечку большого пальца левой руки расположить под левым поперечным отростком первого шейного позвонка, находящегося в углу между нижней челюстью и сзади нижней части ушной раковины. Основание правой ладони расположить горизонтально на середине темени. Затем проводить медленные синхронные ритмические движения, во время которых большой палец левой руки поднимает левый поперечный отросток первого шейного позвонка вверх, а основание правой ладони синхронно толкает затылок вниз, немного влево и назад.

Медленные синхронные ритмические движения выполнять в течение 1,5–2 минут. Повторить 3–6 раз с промежутками в 2–3 минуты. В случае эффективности можем услышать щелчок и почувствовать исчезновение боли и вынужденного положения головы. Затем для уменьшения остаточных болевых ощущений подушечкой левого большого пальца провести миотерапию. По мере уменьшения болевого ощущения в течение 0,5–1 минуты давление большого пальца левой руки на поперечный отросток первого шейного позвонка постепенно усиливать. Надавливать в течение 1–2 минут с силой от 3 до 6 кг. Прием повторять 3–6 раз через каждые 2–3 минуты до уменьшения и исчезновения боли.

Приемы миотерапии при боли в висках

Упражнение 25

Выполнять лежа на спине, голова в нейтральной позиции. Положить указательные пальцы справа и слева на затылочный бугор, сверху на указательные пальцы наложить средние и провести миотерапию: синхронно с движением головы назад. По мере уменьшения болевого ощущения в течение 0,5–1 минуты давление головы назад на указательные пальцы постепенно усиливать. Надавливать в течение 1–2 минут с силой от 3 до 6 кг. Прием повторять 3–6 раз через каждые 2–3 минуты до полного исчезновения боли. Далее продвигать пальцы от затылочных бугров в сторону ушей и висков и в случае обнаружения

чувствительных болевых точек повторно провести миотерапию.

Упражнение 26

Выполнять лежа на спине, голова в нейтральной позиции. Подушечки средних пальцев расположить на висках ближе к глазам, в маленькой ямке, образованной соединениями лобной, теменной и височной костей. Указательные пальцы расположить рядом со средними. Затем подушечками средних пальцев провести миотерапию: прием вонзания до появления боли. По мере уменьшения боли в течение 0,5–1 минуты давление средних пальцев на точки постепенно усиливать. Надавливать в течение 1–2 минут с силой от 3 до 6 кг. Прием повторять 3–6 раз через каждые 2–3 минуты до полного исчезновения боли.

Приемы миотерапии при боли, распространяющейся по всей голове

Диффузная головная боль — это боль, разлитая по всей голове. Это самый угрожающий вариант боли в голове. Такая боль может являться симптомом надвигающегося инсульта. Нельзя терпеть головную боль, ее нужно снимать любыми средствами!

Упражнение 27

Выполнять лежа на спине, голова в нейтральной позиции. Большие пальцы обеих рук расположить под вершинами сосцевидных отростков (наиболее выступающие костные отростки сзади ушей). Затем подушечками больших пальцев провести миотерапию. По мере уменьшения болевых ощущений в течение 0,5–1 минуты давление

больших пальцев на сосцевидные отростки постепенно усиливать. Надавливать в течение 1–2 минут с силой от 3 до 6 кг. Прием повторять 3–6 раз через каждые 2–3 минуты до полного исчезновения боли.

Упражнение 28

Затылочная кость при вдохе совершает легкое естественное отклонение назад, одновременно смещаясь вниз, к ногам. При ограничении этого движения может нарушиться отток спинномозговой жидкости из полости черепа.

Упражнение выполнять лежа на спине, голова в нейтральной позиции. Бугорок у основания большого пальца (мягкое место на кисти) левой руки подложить под затылочный бугор. Основание ладони правой руки положить вертикально на середину лба. Почувствуйте ритм движения черепа во время дыхания. Во время вдоха фиксировать затылочный бугор бугорком большого пальца, препятствуя его движению, а ладонью легко надавливать на лоб в направлении к ногам. Повторить 3–6 раз.

Затем левый указательный и наложенный на него средний пальцы расположить под затылочным бугром, чтобы его фиксировать. Основанием правой ладони надавливать на лоб, слегка поднимая голову вперед, в направлении к ногам, прижимая указательный палец левой кисти к кушетке. По мере уменьшения болевого ощущения в течение 0,5–1 минуты давление правой руки на лоб постепенно усиливать. Надавливать в течение 1–2 минут с силой до 3 кг. Прием повторить 3–6 раз до полного исчезновения боли.

Упражнение 29

Выполнять лежа на спине, голова в нейтральной позиции. Бугорок у основания левого большого пальца подложить под затылочный бугор. Основание правой ладони расположить на середине лба. Почувствовать ритм движения черепа во время дыхания. На фазе вдоха бугорком у основания большого пальца левой руки зафиксировать затылочную кость. Правой ладонью на фазе «вдох» легко надавливать на лоб в направлении к

ногам.

Затем левый указательный и наложенный на него средний пальцы расположить под затылочным бугром, чтобы его фиксировать. Указательным пальцем левой кисти синхронно с ладонью правой кисти провести противодействие (основание ладони правой кисти давит в направлении затылочного бугра и к ногам, прижимая указательный палец левой кисти к кушетке) до появления боли. По мере уменьшения болевого ощущения в течение 0,5–1 минуты противодействие постепенно усиливать. Надавливать в течение 1–2 минут с силой от 3 до 6 кг. Прием повторять 3–6 раз через каждые 2–3 минуты до полного исчезновения боли.

Упражнение 30

Упражнение выполнять лежа на спине, ноги вытянуты. Взять два теннисных мяча, положить их в чулок и крепко его завязать. Оба мяча должны плотно прилегать друг к другу.

Теннисные мячи подложить себе под голову так, чтобы они действовали как точки опоры, на которых уравнивается затылок. Голова должна не касаться или слегка касаться кушетки. Для получения терапевтического эффекта используется вес вашей головы.

Мягкие ткани подзатылочной области расслабляются под влиянием давления. Происходит медленное увеличение расстояния от затылочной кости до первого шейного позвонка. Вы чувствуете, как расслабляются мягкие ткани подзатылочной области. Упражнение выполнять в течение 1 минуты, 1,5 минуты перерыв, повторить 3–6 раз. Упражнение обладает общеукрепляющим действием на человеческий организм, поэтому мы рекомендуем начинать и заканчивать лечебную гимнастику именно с него.

Затем правым согнутым средним пальцем найти самую чувствительную точку посередине макушки (соединить одной линией середины двух ушных раковин) и провести миотерапию: прием вонзания до появления боли.

По мере уменьшения болевого ощущения в течение 0,5–1 минуты давление среднего пальца на точку постепенно усиливать. Надавливать в течение 1–2 минут с силой от 3 до 6 кг. Прием повторять 3–6 раз через каждые 2–3 минуты до полного исчезновения боли. Далее продвигать подушечки средних пальцев кистей обеих рук до лба и в случае обнаружения чувствительных болевых точек повторно провести

миотерапию.

Упражнение 31

Выполнять лежа на спине, голова опирается на кушетку. Кончики указательных пальцев обеих рук соединяются под черепом, немного сбоку от средней линии на уровне II шейного позвонка (наиболее выступающий под черепом позвонок верхнешейного отдела позвоночника). Затылочная кость при вдохе, когда происходит расширение тканей, слегка сдвигается вперед, при выдохе, когда происходит сужение тканей — слегка сдвигается назад.

Вначале ваши руки остаются неподвижными, следуя на фазе вдоха за расширением затылка, а на фазе выдоха — за его сужением. Затем, почувствовав фазы движения, вы начинаете препятствовать рукам на фазе вдоха расширению черепа. Упражнение выполнять до тех пор, пока вы не почувствуете угасания и остановки движения затылочной кости.

Остановка движения затылочной кости называется «точкой покоя». Она может длиться от нескольких секунд до нескольких минут. У вас во время «точки покоя» может измениться дыхание, появиться легкое потоотделение и расслабление всего тела. Упражнение снижает внутричерепное давление, снимает головную боль диффузного характера, увеличивает отток спинномозговой жидкости из полости черепа.

Затем подушечками указательных пальцев кистей обеих рук, расположенных сбоку от наиболее выступающего под черепом позвонка (II шейный), провести миотерапию. По мере уменьшения боли в течение 0,5–1 минуты давление указательных пальцев постепенно усиливать. Надавливать в течение 1–2 минут с силой от 3 до 6 кг. Прием повторять 3–6 раз через каждые 2–3 минуты до полного исчезновения боли. Далее продвигать подушечки указательных пальцев кистей обеих рук до затылка и в случае обнаружения чувствительных болевых точек повторно провести миотерапию.

Упражнение 32

Выполнять лежа на спине. Согнуть концы пальцев обеих рук

перпендикулярно ладоням так, чтобы большие и указательные пальцы были ниже затылочной кости, а средние и безымянные — выше, и использовать их как точки опоры, на которых уравнивается затылок, чтобы голова не касалась или слегка касалась кушетки. Пальцы располагать как можно ближе друг к другу и средней линии.

Расслабление мягких тканей основания черепа необходимо, чтобы увеличить отток спинномозговой жидкости из полости черепа. Главное, чтобы весь вес головы распределялся равномерно на кончиках ваших пальцев. Для получения терапевтического эффекта используется вес вашей головы. Мягкие ткани подзатылочной области под влиянием давления головы на кончики ваших пальцев постепенно расслабляются, голова опускается.

Кончики пальцев должны постоянно быть в контакте с затылочной костью. Во время дыхания не позволяйте кончикам пальцев смещаться вниз вслед за мягкими тканями. После расслабления тканей подзатылочной области ваши средние пальцы упрутся в первый шейный позвонок. Произойдет медленное увеличение расстояния от затылочной кости до первого шейного позвонка.

Необходимо удерживать кончиками средних пальцев первый шейный позвонок и одновременно легко смещать затылочную кость кзади и кверху, как бы расширяя промежуток между затылочной костью и шейным позвонком. Упражнение выполнять в течение 1 минуты, 1,5 минуты перерыв, повторить 3–6 раз. Упражнение увеличивает отток жидкости из полости черепа через яремные вены, резко уменьшая головную боль диффузного характера. При увеличении расстояния от затылочной кости до I шейного позвонка подушечками согнутых средних пальцев обеих кистей провести миотерапию: прием вонзания до появления боли. По мере уменьшения болевых ощущений в течение 0,5–1 минуты давление средних пальцев на точку постепенно усиливать. Надавливать в течение 1–2 минут с силой от 3 до 15 кг. Прием повторять 3–6 раз через каждые 2–3 минуты до полного уменьшения и исчезновения боли. Далее продвигать согнутые средние пальцы вниз и вверх, и в случае обнаружения чувствительных болевых точек повторно провести миотерапию.

Упражнение 33

Выполнять лежа на спине, голова опирается на кушетку. Кончики указательных пальцев обеих рук соединяются по средней линии под затылочной костью. Боковые наружные поверхности подушечек больших пальцев располагаются по средней линии на первом шейном позвонке.

Необходимо удерживать кончиками больших пальцев первый шейный позвонок при дыхании и одновременно указательными пальцами легко смещать затылочную кость кверху, как бы удерживая ее и расширяя промежуток между затылочной костью и первым шейным позвонком. Произойдет медленное увеличение расстояния от затылочной кости до первого шейного позвонка.

Упражнение выполнять в течение 1 минуты, 1,5 минуты перерыв, повторить 3–6 раз. Упражнение увеличивает отток жидкости из полости черепа через яремные вены, резко уменьшая головную боль диффузного характера.

При увеличении расстояния от затылочной кости до первого шейного позвонка указательными пальцами обеих кистей провести миотерапию: прием вонзания до появления боли. По мере уменьшения болевых ощущений в течение 0,5–1 минуты давление указательных пальцев на точки постепенно усиливать. Надавливать в течение 1–2 минут с силой от 3 до 6 кг. Прием повторять 3–6 раз через каждые 2–3 минуты до полного исчезновения боли. Далее продвигать указательные пальцы вниз и вверх и в случае обнаружения чувствительных болевых точек повторно провести миотерапию.

Баланс сгибательных и разгибательных движений в шейно-затылочном сочленении обеспечивается соединением основной части затылочной кости, находящейся спереди от большого затылочного отверстия, с клиновидной костью. Это соединение называется клинозатылочным соединением. При нарушениях подвижности в этом соединении могут возникать боли, нарушения венозного оттока из полости черепа и головная боль диффузного характера.

Упражнение 34

Упражнение выполнять лежа на спине, голова в нейтральной позиции. Правый указательный и наложенный на него средний пальцы расположить под затылочным бугром. Средний и указательный пальцы левой руки расположить на середине лба. На фазе «вдох» правым

указательным и наложенным на него средним пальцами вытягивать позвоночник за затылочный бугор, слегка приподнимая голову за затылочную кость. Одновременно левой рукой давить на голову вниз и к ногам. Вытяжение поддерживать в достигнутом на вдохе положении в течение всей фазы «выдох». Упражнение повторить 3–6 раз до ощущения напряжения ткани.

Затем подушечками правого указательного и наложенного на него среднего пальцев провести миотерапию: прием вонзания до появления боли. По мере уменьшения болевого ощущения в течение 0,5–1 минуты давление правого указательного и среднего пальцев постепенно усиливать, синхронно с усилением давления вниз и к ногам левого указательного и наложенного на него среднего пальцев, расположенных на лбу.

Надавливать в течение 1–2 минут с силой от 3 до 6 кг. Прием повторять 3–6 раз через каждые 2–3 минуты до полного исчезновения боли. Далее продвигать правый согнутый указательный и наложенный на него средний пальцы вниз до затылка, и в случае обнаружения чувствительной болевой точки повторно провести миотерапию.

Упражнение 35

Выполнять сидя, голова в нейтральной позиции. Средние пальцы обеих рук расположить параллельно средней линии на затылочном бугре. Прочувствовать, как напрягаются ткани. Затем проводить медленные плавные ритмические движения средними пальцами от затылочного бугра вниз до большого затылочного отверстия черепа.

Эти движения улучшают венозный отток из затылочного синуса. Их нужно проводить в течение 1,5–2 минут.

! Внимание! Последние 2–3 движения проделать в противоположном направлении, от затылочного бугра вверх!

Затем подушечками согнутых средних пальцев обеих рук,

расположенных параллельно средней линии на затылочном бугре, провести миотерапию: прием вонзания до появления боли. По мере уменьшения болевого ощущения в течение 0,5–1 минуты давление пальцев постепенно усиливать. Надавливать в течение 1–2 минут с силой от 3 до 6 кг. Прием повторять 3–6 раз через каждые 2–3 минуты до полного исчезновения боли. Далее продвигать согнутые средние пальцы кистей обеих рук от затылочного бугра до затылка и в случае обнаружения чувствительных болевых точек повторно провести миотерапию.

Упражнение 36

Выполнять лежа на спине. Обернув стерильной марлевой салфеткой большой палец правой руки, расположить его подушечкой вверх во рту, посередине твердого нёба. Согнутые указательный и наложенный на него средний пальцы левой руки фиксировать в ямке под затылочным бугром. Расслабившись и закрыв глаза, вы почувствуете быструю пульсацию в области твердого нёба.

На фазе «вдох» в течение 9–11 секунд большим пальцем правой руки надавливать на твердое нёбо в направлении вверх и к указательному пальцу кисти левой руки, удерживая пульсирующую головную боль. На фазе «выдох» в течение 6–8 секунд оставлять большой палец в достигнутом положении. Упражнение повторить 3–6 раз.

Затем синхронно подушечкой большого пальца правой руки и согнутым указательным пальцем левой провести миотерапию: прием вонзания до появления боли. По мере уменьшения болевых ощущений в течение 0,5–1 минуты противодействие большого и указательного пальцев на точку постепенно усиливать. Надавливать в течение 1–2 минут с силой от 3 до 6 кг. Прием повторять 3–6 раз через каждые 2–3 минуты до полного исчезновения боли.

Упражнение 37

Выполнять лежа на спине, голова в нейтральной позиции. Указательные пальцы обеих рук, усиленные сверху средними пальцами, расположить сбоку от наружных углов глаз. Вытяжение осуществлять очень легко вверх, в вертикальном направлении (японские глаза). Вытяжение проводится только в области лба и не распространяется на затылок.

На фазе «вдох» подтягиваем пальцами лобную кость кверху, на фазе «выдох» удерживаем достигнутое положение, туловище при этом расслабляется и опускается вниз. На следующем вдохе еще выше подтягиваем лобную кость, на выдохе снова удерживаем достигнутое положение. Упражнение повторить 3–6 раз. Упражнение уменьшает головную боль в области лба, увеличивает отток жидкости из полости черепа.

Затем указательными пальцами кистей обеих рук провести миотерапию: прием вонзания до появления боли. По мере уменьшения болевого ощущения в течение 0,5–1 минуты давление указательных пальцев на лобную кость постепенно усиливать. Надавливать в течение 1–2 минут с силой от 3 до 6 кг. Прием повторять 3–6 раз через каждые 2–3 минуты до полного исчезновения боли.

Упражнение 38

Выполнять лежа на спине, голова в нейтральной позиции. Основание правой ладони расположить на лбу, чтобы средний палец оказался на средней линии головы, а мизинец и безымянный палец — на расстоянии около 1 см от среднего пальца. Согнутый средний палец левой руки фиксировать в ямке под затылочным бугром. Расслабившись и закрыв глаза, обычно через 1–2 минуты, вы почувствуете быструю пульсацию головной боли в области лба. На фазе «вдох» в течение 9–11 секунд удерживайте пульсирующую головную боль, слегка надавливая основанием ладони и пальцами правой кисти на лобную кость. На фазе

«выдох» в течение 6–8 секунд удерживайте достигнутое во время вдоха положение. Повторить 3–6 раз.

Затем синхронно, навстречу друг другу средним, безымянным и мизинцем правой руки и согнутым средним пальцем левой провести миотерапию. По мере уменьшения болевого ощущения в течение 0,5–1 минуты давление постепенно усиливать. Надавливать в течение 1–2 минут с силой от 3 до 6 кг. Прием повторять 3–6 раз через каждые 2–3 минуты до уменьшения и исчезновения боли.

Приемы миотерапии при зубной боли

Упражнение 39 (для нижних зубов)

Проводить лежа на спине, со слегка согнутыми коленями. Под затылок положить маленькую подушечку. Подушечкой большого пальца правой или левой руки, поднятой вверх и согнутой в локтевом суставе (в зависимости от стороны зубной боли), оттянуть угол рта вниз, к нижним зубам, на проекцию десны больного зуба, и провести миотерапию: прием вонзания до появления боли. По мере уменьшения болевого ощущения в течение 1–1,5 минут давление большого пальца постепенно усиливать. Надавливать в течение 1–2 минут с силой от 3 до 6 кг. Прием повторять 3–6 раз через каждые 2–3 минуты до полного исчезновения боли. Далее продвигать подушечку большого пальца по десне с соответствующей стороны и в случае обнаружения чувствительной болевой точки повторно провести миотерапию.

Упражнение 40 (для нижних зубов)

Проводить лежа на спине, со слегка согнутыми коленями. Под

затылок положить маленькую подушечку. Подушечку большого пальца правой или левой руки, поднятой вверх и согнутой в локтевом суставе (в зависимости от стороны зубной боли), обернуть марлевой салфеточкой; расположить на десне больного зуба и провести миотерапию: прием вонзания до появления боли.

По мере уменьшения болевого ощущения в течение 0,5–1 минуты давление большого пальца на десну постепенно усиливать. Надавливать в течение 1–2 минут с силой от 3 до 6 кг. Прием повторять 3–6 раз через каждые 2–3 минуты до полного исчезновения боли. Далее продвигать большой палец по десне нижних зубов с соответствующей стороны и в случае обнаружения болевой точки повторно провести миотерапию.

Упражнение 41 (для верхних зубов)

Проводить лежа на спине, со слегка согнутыми коленями. Под затылок положить маленькую подушечку. Подушечкой большого пальца правой или левой руки, поднятой вверх и согнутой в локтевом суставе (в зависимости от стороны зубной боли), оттянуть угол рта вверх, к верхним зубам, на проекцию десны больного зуба, и провести миотерапию: прием вонзания до появления боли.

По мере уменьшения болевого ощущения в течение 0,5–1 минуты давление подушечки большого пальца на точку постепенно усиливать. Надавливать в течение 1–2 минут с силой от 3 до 6 кг. Прием повторять 3–6 раз через каждые 2–3 минуты до полного исчезновения боли. Далее продвигать подушечку большого пальца по десне с соответствующей стороны и в случае обнаружения чувствительной болевой точки повторно провести миотерапию.

Упражнение 42 (для верхних зубов)

Проводить лежа на спине, со слегка согнутыми коленями. Под затылок положить маленькую подушечку. Подушечку большого пальца правой или левой руки, поднятой вверх и согнутой в локтевом суставе (в зависимости от стороны зубной боли), обернуть марлевой салфеточкой;

расположить на десне больного зуба верхней челюсти и провести миотерапию: прием вонзания до появления боли.

По мере уменьшения болевого ощущения в течение 0,5–1 минуты давление большого пальца на точку постепенно усиливать. Надавливать в течение 1–2 минут с силой от 3 до 6 кг. Прием повторять 3–6 раз через каждые 2–3 минуты до полного исчезновения боли. Далее продвигать большой палец по десне верхней челюсти соответствующей стороны и в случае обнаружения болевой точки повторно провести миотерапию.

Приемы лечебного воздействия на скуловые мышцы и мышцу, поднимающую угол рта

При зубной боли всегда страдают мышцы лица, в них появляются напряжение, отечность и боли. Для уменьшения и ликвидации мышечного напряжения, отечности и боли в мышцах лица необходимо провести миотерапию.

Упражнение 43

Упражнение проводить лежа на спине. Под голову подложить маленькую подушечку. Большими пальцами обеих рук слегка оттянуть углы рта вниз и к середине, фиксируя их на нижних зубах. Затем оскалить зубы против сопротивления больших пальцев и провести миотерапию: прием вонзания до появления боли. По мере уменьшения болевого ощущения в течение 0,5–1 минуты давление подушечек больших пальцев на углы рта постепенно усиливать. Надавливать в течение 1–2 минут с силой от 3 до 6 кг. Прием повторять 3–6 раз через каждые 2–3 минуты до уменьшения и исчезновения боли.

Приемы лечебного воздействия на подбородочную мышцу и мышцу, опускающую угол рта

Упражнение 44

Упражнение проводить лежа на спине. Большими и указательными пальцами обеих рук сместить нижнюю губу кверху и максимально в стороны, прижать ее к верхней губе и подушечками больших пальцев провести миотерапию. По мере уменьшения болевого ощущения в течение 0,5–1 минуты давление больших пальцев на нижнюю губу постепенно усиливать. Надавливать в течение 1–2 минут с силой от 3 до 6 кг. Прием повторять 3–6 раз через каждые 2–3 минуты до уменьшения и исчезновения боли. Далее продвигать большие пальцы по ряду верхних зубов к середине, и в случае обнаружения болевой точки повторно провести миотерапию.

Приемы лечебного воздействия при болезненности и напряжении щечных мышц

Упражнение 45

Упражнение проводить лежа на спине, на кушетке. Под голову положить маленькую подушечку. Большой палец обернуть стерильной марлевой салфеткой и расположить в полости рта под наиболее выраженной областью болезненности и напряжения щечных мышц. Слегка оттянув кожу, натянуть на подушечку большого пальца мышцы щеки. Указательный палец расположить напротив большого, с наружной стороны щеки и проводить миотерапию: сжимать указательный и большой пальцы обеих рук до появления боли. По мере уменьшения болевых ощущений в течение 0,5–1 минуты давление больших и указательных пальцев постепенно усиливать. Надавливать в течение 1–2 минут с силой до 3 кг. Прием повторять 3–6 раз через каждые 2–3 минуты до полного исчезновения боли.

Приемы лечебного воздействия на круговую мышцу рта

Упражнение 46

Упражнение проводят лежа на спине. Под голову подложить маленькую подушечку. Большими и указательными пальцами обеих рук раздвинуть углы рта в стороны до максимума. Под указательные пальцы подложить маленькие стерильные салфеточки (указательный палец во рту, большой — снаружи). Затем провести миотерапию, удерживая раздвинутые в стороны углы рта и синхронно сжимая указательный и большой пальцы навстречу друг другу до появления боли. По мере уменьшения болевого ощущения в течение 0,5–1 минуты давление больших и указательных пальцев постепенно усиливать. Надавливать в течение 1–2 минут с силой до 3 кг. Прием повторять 3–6 раз через каждые 2–3 минуты до уменьшения и исчезновения боли.

Приемы лечебного воздействия на круговые мышцы глаз

Упражнение 47

Упражнение проводить лежа на спине. Под голову подложить маленькую подушечку. Указательными пальцами растянуть круговые мышцы глаз наружу до легкого сопротивления, прижимая их к костям лица. Затем подушечками указательных пальцев провести миотерапию: прием вонзания указательных пальцев до появления боли. По мере уменьшения болевого ощущения в течение 0,5–1 минуты давление пальцев постепенно усиливать. Надавливать в течение 1–2 минут с силой от 3 до 6 кг. Прием повторять 3–6 раз через каждые 2–3 минуты до полного исчезновения боли.

Упражнение 48

Упражнение проводить лежа на спине. Под голову подложить маленькую подушечку. Зажать большим и указательным пальцами брови

и смещать их вниз, прижимая к нижнему краю надбровной дуги до максимального натяжения мышцы. Затем провести указательными пальцами обеих рук миотерапию: прием вонзания до появления боли. По мере уменьшения болевых ощущений в течение 0,5–1 минуты давление указательных пальцев постепенно усиливать. Надавливать в течение 1–2 минут с силой от 3 до 6 кг. Прием повторять 3–6 раз через каждые 2–3 минуты до полного исчезновения боли.

Приемы лечебного воздействия на мышцы при боли в шее и в плечах

Ломящая или ноющая боль в шейно-затылочной области

Синдром нижней косой мышцы головы

Нижняя косая мышца головы обеспечивает вращательные движения в позвоночном сегменте СI–СII. При резком повороте и наклоне головы может происходить тоническое напряжение нижней косой мышцы и растяжение затылочного нерва.

При этом заболевании человека беспокоит ломящая или ноющая боль, локализующаяся преимущественно в верхней части шейно-затылочной области. Боль обычно постоянная — в отличие от сосудистой головной боли, свойственной синдрому позвоночной артерии, без склонности к приступообразному усилению.

Иногда боль может усиливаться постепенно, но не сопровождается головокружениями или зрительными нарушениями. Усиление боли происходит обычно после длительной статической нагрузки на мышцы шеи. Головные боли часто сочетаются с постоянными или периодическими онемениями в затылочной области.

Синдром нижней косой мышцы головы может сочетаться с другими неврологическими синдромами патологии шейного отдела позвоночника.

При синдроме нижней косой мышцы головы рекомендуется выполнять следующее упражнение:

Упражнение 49

Упражнение выполнять лежа на спине, с опорой на затылок. Немного наклонив голову в больную сторону и назад, подушечками пальцев здоровой руки, обхватывающей голову, прощупать (пальпировать) болезненные зоны, применяя приемы поглаживания в продольном, поперечно-боковом и полукруговом направлениях, затем надавливания и толкания. Затем, выбрав наиболее болезненную точку (пусковой болевой пункт), средним полусогнутым пальцем давить до появления боли. По мере уменьшения болевого ощущения давление пальца постепенно усиливать. Надавливать 1–2 минуты с силой от 3 до 6 кг. Упражнение повторить 3–6 раз.

Боль в области шеи и затылка

Рефлекторная контрактура мышц шеи

Рефлекторная контрактура (спазм) мышц шеи обусловлена взаимодействием нервных импульсов в задних корешках шейного отдела спинного мозга. При патологии шейного отдела позвоночника возникает напряжение мышц шеи, что, в свою очередь, может привести к сдавлению проходящих в них нервных волокон. Сдавление нервных волокон ведет к болезненности и дальнейшему усилению спазма мышц.

Заболевание проявляется резкой болью в области шеи с выраженным напряжением шейных мышц, вынужденным положением шеи и головы. Боль усиливается и принимает стреляющий характер при попытке повернуть голову в сторону. Интенсивность боли такая же, как зубная боль. Боль часто иррадирует (отдает) в плечо или затылочную область предплечья.

Упражнение 50 (боли в области шеи и затылка)

Упражнение выполнять лежа на спине, с опорой на затылок, разместив четыре пальца противоположной руки, обхватывающей голову, на болевой зоне в области шеи, а ладонь руки с больной стороны — на лбу, и плавно перекачивать рукой, расположенной на лбу, голову из

стороны в сторону в течение 0,5–1 минуты. Затем мягко ощупывать (пальпировать) пальцем противоположной руки все спазмированные мышцы шеи, применяя приемы продольного, линейного и поперечно-бокового поглаживания, поглаживания «рубанком» и полукругового поглаживания. Прием выполнять в течение 5–10 минут.

Упражнение 51 (боли в области шеи)

Упражнение при рефлекторной контрактуре мышц шеи. Исходное положение на стуле рядом (вплотную) с письменным столом. Локтем руки на стороне боли в шее опираться на письменный стол. Вначале, наклонив туловище к столу за счет приподнимания со стула (не наклоняя вбок шейный отдел позвоночника), осторожно ощупать (пальпировать) мышцы шеи для выявления наиболее пострадавших зон, выделив из них самую болезненную (пусковой пункт).

Затем подушечкой большого пальца провести продольное поглаживание, двигаясь вверх и вниз по шее по боковым зонам в течение 1 минуты, 6–15 раз. Нашупав самую болезненную зону, провести поперечно-боковое поглаживание в поперечном направлении, в течение 1 мин, 6–15 раз. Затем провести поглаживание «рубанком» в продольном направлении вверх или вниз, с большим усилием в ту сторону, где вызывается боль, 1 минуту, 6–15 раз. После этого краем большого пальца около ногтя провести полукруговое поглаживание, как бы «вкручивая» и «выкручивая» винт против часовой стрелки, в течение 1 минуты, 6–15 раз.

Сделав перерыв и отдохнув 2–3 минуты, принять исходное положение, нащупать наиболее болезненную зону и провести прием вибрации, захватив мышцы кончиками пальцев, сообщая им колебательные движения вперед-назад и вращая против часовой стрелки. Прием выполняется в течение 1,5–2 минут.

После этого бугорком у основания большого пальца в течение 1,5–2 минут провести растирание медленными возвратно-поступательными

движениями с нажимом на наиболее болезненную зону.

После подготовительной части сделать перерыв 2–3 минуты. Нащупав наиболее выраженную болевую точку, выпрямленным большим, средним или указательным пальцем («палец-игла») провести прием вонзания до появления боли. По мере уменьшения болевого ощущения в течение 0,5–1 минуты давление необходимо постепенно усиливать. Надавливать в течение 1–2 минут с силой от 3 до 6 кг.

Для этого, опираясь на расположенный на письменном столе локоть, необходимо приподняться со стула, чтобы сила передавалась на выпрямленный палец из нижних конечностей и таза. Прием повторяется 3–6 раз через каждые 2–3 часа до полного исчезновения болевых ощущений. При отсутствии аллергических реакций за 40 мин до выполнения упражнения использовать: аскорбиновую кислоту (витамин С) 1000 мг (после еды); глицин 0,3 мг под язык; индометацин в свечах 50 мг; вольтарен актив 25 мг (после еды).

Боли в области шеи, плечевого пояса, надключичной области и руке

Наиболее выраженные боли в надключичной области встречаются при спазме передней лестничной мышцы. Передняя лестничная мышца начинается от поперечных отростков III и VI шейных позвонков и прикрепляется к верхней поверхности I ребра.

К этому же ребру сбоку прикрепляется средняя лестничная мышца. Между этими двумя мышцами остается щель треугольной формы, через которую проходят нервные волокна плечевого сплетения и подключичная артерия. В результате мышечного напряжения передней лестничной мышцы, причиной которого может явиться раздражение иннервирующих ее спинномозговых нервов, выходящих из межпозвонковых отверстий V и VII позвонков шейного отдела позвоночника, может происходить сдавление нервных волокон плечевого сплетения и подключичной артерии.

Прождал человек ночь в одном положении, подложив кисть под голову (часто после приема алкоголя). Утром проснулся — кисть не действует, произошел паралич. В неврологии такая патология называется алкогольным плекситом.

Обычно синдром передней лестничной мышцы складывается из

болей, распространяющихся по внутренней поверхности плеча, предплечья и кисти до безымянного пальца и мизинца. В этой же зоне могут развиваться слабость и атрофия межкостных мышц, мышц у основания мизинца, глубоких сгибателей пальцев. Сдавление подключичной вены, артерии и периартериального сплетения часто приводит к ослаблению пульса на лучевой артерии, отечности кисти, появлению преходящих ишемических кризов с болями и побледнением пальцев.

При этом необходимо иметь в виду, что в нормальных физиологических условиях при отведении согнутой в локтевом суставе руки на 45–180° пульс на лучевой артерии может ослабевать или полностью исчезать. В связи с тем что передняя лестничная мышца как вспомогательная обеспечивает подъем I ребра при дыхании, то глубокий вдох нередко ведет к обострению болей в руке.

Спазм передней лестничной мышцы связан с процессами старения (остеохондроз) шейного отдела позвоночника. Критическое сужение межлестничного промежутка может быть вызвано еще добавочным шейным ребром, которое встречается в 6 % случаев.

Самодиагностический тест при болях в плече, предплечье и кисти (синдром передней лестничной мышцы)

Дифференциально-диагностические тесты при синдроме передней лестничной мышцы следующие:

- Поворот головы в противоположную боли сторону и небольшое отклонение ее назад ведет к увеличению напряжения передней лестничной мышцы, усилению болей и онемению. Можно, для уточнения правильного диагноза, указательным и средним пальцами противоположной руки ощупать (пальпировать) переднюю лестничную мышцу и при ее болезненности определить припухлость и напряжение в надключичной области: это утолщение передней лестничной мышцы.
- Поворот головы в больную сторону уменьшает боль и онемение в связи с расслаблением передней лестничной мышцы.
- Поворот головы в больную сторону с одновременным запрокидыванием ее назад и глубоким дыханием увеличивает сдавление и увеличение боли в межлестничном пространстве (проба Адсона).
- Поза «по стойке смирно» с отодвиганием плеч назад и вниз может приводить к сдавлению межлестничного пространства и увеличению боли.

Приемы лечебного воздействия на мышцы при болях в надключичной области

Упражнение 52

Упражнение при болях в надключичной области выполняют сидя, с максимальным поворотом головы в сторону, которая удерживается пальцами кисти поднятой вверх руки.

На фазу «вдох» 9–11 секунд — давить на свою руку подбородком, взгляд направить в сторону давления. На фазу «выдох» 6–8 секунд — расслабление, увеличивать амплитуду вращения и бокового наклона головы, взгляд направить в сторону увеличивающейся амплитуды движения. Повторять чередующиеся фазы 3–6 раз.

Упражнение 53

Упражнение при болях в надключичных областях с обеих сторон выполняют сидя, руки вытянуты вперед под прямым углом к туловищу и максимально разогнуты в лучезапястных суставах. На фазу «вдох» в течение 9–11 секунд, подняв глаза вверх, пытаться увеличить амплитуду разгибания в лучезапястных суставах вытянутых рук. На фазу «выдох» 6–8 секунд — расслабление, следовать за увеличивающейся амплитудой разгибания в лучезапястных суставах. Повторять чередующиеся фазы 3–6 раз.

Упражнение 54

Упражнения при болях в надключичной области с одной стороны выполняют лежа на спине, шея и голова с максимальным поворотом в

противоположную болевой стороне выступают за край головного конца кушетки. В таком положении удерживать голову в течение 20 секунд, 20–30 секунд — перерыв. Повторять чередующиеся фазы 3–6 раз.

! Внимание! В пожилом возрасте при наличии выраженного атеросклероза подключичной и внутренней сонной артерии такое положение головы может спровоцировать обморок. В комнате должен присутствовать еще кто-то, чтобы можно было выполнить упражнение.

Упражнение 55

Упражнение при болях в надключичной области выполнять лежа на боку с болевой стороны. Под головой маленькая подушечка, чтобы боковая поверхность головы оказалась параллельна кушетке. Вначале осторожно ощупать (пальпировать) надключичную область для выявления наиболее пострадавших зон, выделив из них самую болезненную (пусковой пункт).

Затем подушечкой большого пальца провести продольное линейное поглаживание, двигаясь вверх и вниз по шее по боковым зонам в течение 1 минуты, 6–15 раз.

Нашупав самую болезненную зону, провести поперечно-боковое поглаживание в течение 1 минуты, 6–15 раз. Затем провести поглаживание «рубанком» в продольном направлении вверх или вниз, с большим усилием в ту сторону, где вызывается боль, в течение 1 минуты, 6–15 раз. После этого краем большого пальца около ногтя провести полукруговое поглаживание, как бы «вкручивая» и «выкручивая» винт против часовой стрелки, в течение 1 минуты, 6–15 раз.

Сделав перерыв и отдохнув 2–3 минуты, принять исходное положение, нащупать наиболее болезненную зону и провести прием вибрации, захватив мышцы кончиками пальцев, сообщая им колебательные движения вперед-назад и вращение против часовой стрелки. Прием выполняется в течение 1,5–2 минут.

После этого провести растирание бугорком у основания большого пальца медленными возвратно-поступательными движениями с нажимом на наиболее болезненную зону в течение 1,5–2 минут.

После подготовительной части сделать перерыв 2–3 минуты, сесть на стул рядом с письменным столом так, чтобы локоть согнутой в локтевом суставе руки опирался на край стола. Нашупав наиболее болезненную точку в надключичной области, выпрямленным большим, средним или указательным пальцем («палец-игла») провести прием вонзания до появления боли. По мере уменьшения болевого ощущения в течение 0,5–1 минуты давление необходимо постепенно усиливать. Надавливать в течение 1–2 минуты с силой от 3 до 6 кг. Для этого, опираясь на расположенный на письменном столе локоть руки, необходимо постепенно приподниматься со стула, чтобы сила передавалась на выпрямленный палец кисти руки из нижних конечностей и таза.

Прием повторяется 3–6 раз через каждые 2–3 часа до полного исчезновения болевых ощущений. При отсутствии аллергических реакций за 40 минут до выполнения упражнения использовать: аскорбиновую кислоту (витамин С) 1000 мг (после еды); глицин 0,3 г (3 таблетки под язык); индометацин в свечах 50 мг; вольтарен актив 25 мг (после еды).

Приемы миотерапии при болях в грудной клетке

Боли в передней части грудной клетки часто называют синдромом ложных болей в области сердца (псевдостенокардия, псевдоинфаркт миокарда). Причины: сдавление нижней части плечевого сплетения,

раздражение позвоночного нерва в результате старения (остеохондроз) шейного отдела позвоночника. Возникает спазм окружающих мышц: малой грудной, большой грудной, лопаточно-подъязычной, подключичной и других.

Заболевание проявляется тупыми, ноющими, давящими, ломящими, иногда колющими болями по передней поверхности грудной клетки в зоне III–IV–V ребер.

Боли усиливаются при статических и динамических нагрузках на мышцы грудной клетки, могут продолжаться десятки минут, часы, дни, не купируются сердечными лекарственными препаратами. При объективном исследовании выявляют пусковые болевые зоны на уровне II–V грудинно-реберных суставов (места прикрепления грудинно-реберной части большой грудной мышцы), по свободному краю большой грудной мышцы, по окологрудинной линии на уровне III–IV реберно-хрящевых суставов (места прикрепления малой грудной мышцы), в местах прикрепления нижней части передней зубчатой мышцы к ребрам. Эти пусковые зоны боли необходимо дифференцировать от разлитой болезненности мягких тканей передней стенки грудной клетки во время приступа стенокардии или инфаркта миокарда.

Сдавление сосудисто-нервного пучка может происходить при сильном отведении руки в сторону (во время наркоза, при переломе плечевой кости, сна и др.).

! Внимание! При любой боли в грудной клетке и в области сердца необходимо вызвать врача. Предлагаемые упражнения можно выполнять только в том случае, если сердечное заболевание не выявлено! И только после согласования с лечащим врачом.

Самодиагностический тест при болях в верхней части грудной клетки

Чтобы отличить боль в позвоночнике от боли в области сердца, рекомендуется следующий тест. Руку на стороне боли поднять над головой. Четырьмя пальцами второй руки обхватить большую грудную мышцу, отодвинуть ее из подмышечной области к середине груди и ощупать, переместив четыре пальца кнаружи, малую грудную мышцу, которая может определяться как резко болезненная, напряженная, плотная, иногда с маленькими уплотнениями в виде узелков.

В некоторых случаях может развиваться сдавление сосудисто-нервного пучка лопаточно-подъязычной мышцей. В этом случае появляются боли и онемение в плече и шее, усиливающиеся при отведении руки назад и головы в противоположную боли сторону.

В этом случае в медицинском учреждении следует провести дифференциальную диагностику болей в передней части грудной клетки. Нужно выяснить, не возникают ли они от сдавления сосудистого нервного пучка с нижней частью плечевого сплетения при опухоли и чаще раке верхушки легких (рентген легких) или от расширения (аневризмы) и тромбоза подключичной артерии с отеком руки и болями в области шеи (ультразвуковое двойное сканирование подключичной артерии).

Диагностику синдрома лопаточно-подъязычной мышцы проводят лежа на спине на краю кушетки с рукой, отведенной от туловища на 90°, и головой, повернутой в противоположную боли сторону. Отсутствие болевых ощущений в таком положении свидетельствует о нормальном функционировании лопаточно-подъязычной мышцы.

Приемы лечебного воздействия на мышцы при болях в грудной клетке

! Внимание! Упражнения в области грудной клетки можно выполнять только после согласования с лечащим врачом!

Упражнение 56 (для расслабления спазмированной малой грудной мышцы)

Упражнение выполнять сидя на кушетке, рука поднята вверх и согнута под прямым углом в локтевом суставе. Другая рука фиксирует область плечевого сустава. На вдохе в течение 9–11 секунд поднимать глаза вверх, против сопротивления своей руке пытаться увеличить амплитуду сгибания в плечевом суставе. На выдохе 6–8 секунд расслабление, увеличивать амплитуду разгибания в плечевом суставе, глаза вниз. Повторить 3–6 раз.

Упражнение 57 (для снятия боли в подключичной области при синдроме малой грудной мышцы)

Упражнение выполнять лежа на спине. Подушечками пальцев здоровой руки осторожно ощупать (пальпировать) мышцы передней части грудной клетки около грудины на стороне боли для выявления наиболее пострадавших зон, выделив из них самую болезненную (пусковой пункт). Затем четырьмя согнутыми пальцами руки со стороны, противоположной болевым ощущениям, захватить наиболее выступающую поверхностную часть большой грудной мышцы и сдвинуть ее к средней линии.

Подушечкой среднего пальца другой руки на стороне боли провести продольное линейное поглаживание, двигаясь вверх и вниз по боковым зонам в течение 1 минуты, 6–15 раз. Нащупав самую болезненную зону, провести поперечно-боковое поглаживание в поперечном направлении, в течение 1 минуты 6–15 раз. Затем провести поглаживание «рубанком» в продольном направлении вверх или вниз, с большим усилием в ту сторону, где вызывается боль, в течение 1 минуты 6–15 раз. После этого краем среднего пальца около ногтя найти наиболее болезненную точку и провести полукруговое поглаживание, как бы «вкручивая» и «выкручивая» винт по и против часовой стрелки в течение 1 минуты 6–15 раз.

Сделав перерыв и отдохнув 2–3 минуты, принять исходное положение, нащупать наиболее болезненную зону и провести прием вибрации, захватив часть малой грудинной мышцы кончиками пальцев (на стороне боли), сообщая ей колебательные движения вперед-назад и вращение против часовой стрелки. Прием выполняется в течение 1,5–2 минут.

После этого бугорком у основания большого пальца медленными возвратно-поступательными движениями с нажимом на наиболее

болезненную зону провести растирание в течение 1,5–2 минут.

После подготовительной части сделать перерыв 2–3 минуты. Определить при предварительном прощупывании наиболее выраженную болевую зону, выпрямленным средним или указательным пальцем («палец-игла») провести прием вонзания до появления боли. По мере уменьшения болевого ощущения в течение 0,5–1 минуты давление необходимо постепенно усиливать. Надавливать в течение 1–2 минут с силой от 3 до 6 кг.

Прием повторяется 3–6 раз через каждые 2–3 часа до полного исчезновения болевых ощущений. При отсутствии аллергических реакций за 40 минут до выполнения упражнения можно использовать: аскорбиновую кислоту (витамин С) 1000 мг (после еды); глицин по 0,3 мг; индометацин (в свечах) 50 мг; вольтарен актив 25 мг (после еды).

Боли в верхнелопаточной области

Боли в верхнелопаточной области связаны с патологией мышцы, поднимающей лопатку, и верхней части трапециевидной мышцы. Мышца, поднимающая лопатку, располагается под трапециевидной мышцей, начинается от поперечных отростков четырех верхних шейных позвонков и прикрепляется к углу лопатки; вместе с верхней частью трапециевидной мышцы поднимает лопатку, сообщая тем самым вращательное движение, смещающее нижний угол лопатки к позвоночному столбу.

Мышцы верхнелопаточной области в большинстве видов статических и динамических нагрузок подвергаются значительному перенапряжению, в результате чего в них появляются боли. Индивидуальные особенности строения грудного отдела позвоночника в виде «плоской» или «круглой» спины могут усугубить перенапряжение мышц верхнелопаточной области. Наиболее частое возникновение синдрома верхнелопаточной области наблюдается при старении (остеохондрозе) шейного отдела позвоночника.

Заболевание обычно начинается с возникновения чувства тяжести в верхнелопаточной области с одной или обеих сторон. Через несколько недель или месяцев ощущение тяжести сменяется болями той же локализации, которые усиливаются после динамических и статических нагрузок на мышцы плечевого пояса. В дальнейшем заболевание может

принимать хронический рецидивирующий характер с периодическими обострениями под влиянием провоцирующих факторов: эмоциональных перенапряжений, переохлаждений, обострения других заболеваний и др. У некоторых людей может быть прогрессирующий тип течения болезни. При синдроме верхнелопаточной области боли могут быть ноющими, ломящими, мозжащими, усиливающимися при изменениях погоды и иррадиирующими по сухожилиям в соседние зоны надплечий, плечевой сустав и лопаточную область.

Приемы лечебного воздействия на мышцы при болях в верхнелопаточной области

Упражнение 58

Упражнения при болях в верхнелопаточной области выполняют лежа на спине. Кистью руки с противоположной от боли стороны обхватить голову и максимально отклонить ее в сторону. Руку на больной стороне подложить под ягодицу. Фаза I — вдох (9–11 секунд), отвести глаза в больную сторону, оказывать сопротивление кистью руки при отклонении головы в сторону. Фаза II — выдох (6–8 секунд), расслабление, отвести глаза в противоположную сторону и увеличить растяжение болезненной мышцы. После этого расположить руку на больной стороне на краю кушетки и повторить I и II фазы. Повторить 3–6 раз.

По данным лаборатории нейрофизиологии V. Janda (Чехия), большая часть мышечного напряжения с рукой, заложенной под ягодицу, распространяется на мышцу, поднимающую лопатку, а с рукой на краю кушетки — на верхнюю тоническую часть трапецевидной мышцы.

Упражнение 59

Упражнение при болях в верхнелопаточной области выполняют в стойке «смирно», с максимально поднятыми плечами. Удерживать плечи в таком положении в течение 20 секунд, перерыв 20–30 секунд. Затем поднять плечи на средний уровень. Повторить 3–6 раз. По данным лаборатории нейрофизиологии V. Janda (Чехия), при максимальном поднимании плеч в мышечном напряжении участвуют мышца,

поднимающая лопатку, и верхняя часть трапецевидной мышцы. При поднимании плеч на средний уровень в мышечном напряжении участвует только верхняя часть трапецевидной мышцы.

Упражнение 60

Исходное положение — сидя на стуле с удобной спинкой. Положив подушечки пальцев противоположной от боли руки на заднюю поверхность плеча больной стороны, осторожно ощупать (пальпировать) мышцы на задней поверхности плеча, нижнешейного и верхнегрудного отделов для выявления наиболее пострадавших зон, выделив из них самую болезненную (пусковой пункт).

Затем провести продольное линейное поглаживание, двигаясь вверх и вниз по шее по боковым зонам в течение 1 минуты, 6–15 раз.

Нащупав самую болезненную зону, провести поперечно-боковое поглаживание в течение 1 минуты, 6–15 раз.

Затем провести поглаживание «рубанком» в продольном направлении вверх или вниз, с большим усилием в ту сторону, где вызывается боль, 1 минуту, 6–15 раз.

После этого краем пальца около ногтя провести полукруговое поглаживание, как бы «вкручивая» и «выкручивая» винт против часовой стрелки, в течение 1 минуты, 6–15 раз.

Сделав перерыв и отдохнув 2–3 минуты, принять исходное положение, нащупать наиболее болезненную зону и провести прием вибрации, захватив мышцы кончиками пальцев, сообщая им колебательные движения вперед-назад и вращение против часовой стрелки.

Прием выполняется в течение 1,5–2 минут. После этого бугорком у основания большого пальца провести растирание медленными возвратно-поступательными движениями, с нажимом на наиболее болезненную зону в течение 1,5–2 минут.

После подготовительной части сделать перерыв 2–3 минуты. Нащупав наиболее выраженную болевую точку, выпрямленным средним или указательным пальцем («палец-игла») провести прием вонзания до появления боли.

По мере уменьшения болевого ощущения в течение 0,5–1 минуты давление необходимо постепенно усиливать. Надавливать в течение 1–2 минут с силой от 3 до 6 кг.

Прием повторяется 3–6 раз через каждые 2–3 часа до полного исчезновения болевых ощущений. При отсутствии аллергических реакций за 40 мин до выполнения упражнения можно использовать: аскорбиновую кислоту (витамин С) 1000 мг (после еды); глицин 0,3 г; индометацин в свечах 50 мг; вольтарен актив 25 мг (после еды).

! Внимание! Лекарственные препараты следует применять только после согласования с лечащим врачом!

Упражнение 61 (для увеличения мышечной силы в нижних порциях трапецевидных мышц)

Выполнять в положении стоя или сидя. Свести плечи максимально вперед. Из этого положения поднимать плечи вверх, пытаясь достать плечами мочки ушей.

Затем отвести плечи максимально назад, сводя лопатки.

Опустить плечи, расслабиться.

Повторить упражнение 5–6 раз. Обратите внимание на достаточно медленный темп выполнения упражнения.

Упражнение 62 (для растяжения широчайших мышц спины и

*межреберных мышц в верхне- и среднегрудном отделах
позвоночника)*

Выполнять в положении сидя на стуле или стоя. Одна рука выпрямлена, поднята на уровень плеч и прижата к передней поверхности туловища, другая рука охватывает ее в области лучезапястного сустава так, чтобы кончики пальцев были направлены вперед.

Плавно тянуть выпрямленную руку в сторону, одновременно вращая при этом туловище в эту же сторону.

Почувствовать растяжение мышц спины. В момент движения голова и таз неподвижны. Повторить упражнение 5–6 раз, а затем поменять местами руки и сделать вращения в противоположную сторону.

Приемы миотерапии при болях в руках

Боли в плечевом суставе

Боли в плечевом суставе могут возникать в результате различных причин.

У одного нашего больного типичные боли в плечевом суставе с ограничением подвижности возникли мгновенно — во время исследования желудка, после взятия кусочка ткани слизистой желудка на исследование.

По своей анатомической структуре капсула плечевого сустава очень просторна, достаточно тонка и почти везде подкреплена вплетающимися в нее волокнами сухожилий окружающих мышц. Спереди капсулы расположен клювовидный отросток лопатки, к которому прикрепляется сухожильная связка, над которой расположена дельтовидная мышца. Капсула, связка и дельтовидная мышца образуют как бы крышу плечевого сустава, куда при отведении руки в сторону заходят большой и малый бугорки плечевой кости.

При старении отмечается обызвествление сухожилий мышц и их влагалищ, прежде всего сухожилия надостной мышцы вблизи

прикрепления его к кости. Имеется связь возникновения и развития заболевания с микротравматизацией, особенно в условиях профессиональных перегрузок, чем объясняют преимущественное поражение правой руки.

Клиническая картина заболевания чаще развивается постепенно, с уставания руки на работе, особенно при отведении плеча в сторону. Пальпация выявляет болезненность в местах вплетения связок и сухожилий в капсулу плечевого сустава и их прикреплений к костным выступам.

Самодиагностический тест при болях в плече

Необходимо выявить следующие функциональные симптомы:

Функциональная проба на утомляемость: при разведении рук в стороны на $50-60^\circ$ на пораженной стороне рука раньше устает и медленно падает. Эта проба позволяет судить о патологии мышц, вращающих плечо.

Прежде чем отвести руку в сторону, плечо вначале приподнимается вверх (феномен «застегивания подтяжек»).

Боли в плечевом суставе появляются или усиливаются при заведении руки за спину.

Эта проба позволяет выявить поражение сухожильных волокон.

При пассивном разгибании или вращении руки, согнутой в локтевом суставе под углом 90° , и одновременном сопротивлении другой рукой этим движениям возникают боли вследствие натяжения сухожилия длинной порции двуглавой мышцы плеча.

Проба позволяет выявить поражение длинной порции двуглавой мышцы плеча.

При отведении руки более чем на 60° , появляются боли в плечевом суставе вследствие сближения большого бугорка плеча с капсулой (крышей) сустава.

Возможно преодоление резкой боли при продолжении движения, когда большой бугорок плечевой кости и измененные ткани уходят вниз и их трение прекращается.

Основными симптомами для больных с болями в плечевом суставе являются ограничение и резкая болезненность при отведении руки в сторону и заведении ее за спину — внутреннее вращение, в то время как маятникообразные движения вперед и назад в пределах 30–40° могут быть сохранены. При длительном течении заболевания все больше мышечных волокон исчезает из трапециевидной, дельтовидной, над- и подостной мышц и прогрессирует неподвижность, в результате чего плечо оказывается прижатым к груди, а его отведение может осуществляться только за счет лопатки (“замороженное плечо”). После стихания болей часто обнаруживается в той или иной степени выраженная неподвижность плечевого сустава, когда лопатка и плечо образуют единый сегмент и поднятие руки выше горизонтального уровня невозможно.

При рентгенологическом исследовании часто находят очаги уплотнения и обызвествления в смежных с суставом участках кости (тендиоз связок мышц, прикрепляющихся к бугоркам плечевой кости) сухожилия надостной мышцы. На стадии неподвижности плечевого сустава нередко выявляются симптомы деформирующего артроза, склероза краевых частей большого бугорка плечевой кости и подхрящевой слоя в области суставной впадины, шипы и др. (симптом “замороженного плеча”).

Приемы лечебного воздействия на мышцы при болях в плече

Упражнение 63 (вытяжение при болях в плечевом суставе с отведением руки в сторону)

Вытяжение осуществляют сидя на стуле, боком к его спинке, на которую положена подушечка.

Больная рука перекидывается через спинку стула и опирается на нее подмышечной впадиной. I фаза: «вдох» с задержкой на 9–11 секунд, втягивать больное плечо в себя.

II фаза: «выдох» 6–8 секунд, расслабление, во время которого рука свисает через спинку стула под влиянием собственного веса. Повторять чередование фаз 3–6 раз.

Упражнение 64 (при болях в плечевом суставе с заведением руки за спину)

Упражнение выполняют стоя рядом со стеной.

Кисть выпрямленной руки, заведенная за спину, пальцами и ладонью опирается на стену.

I фаза: «вдох» с задержкой на 9–11 секунд, смотреть вниз, давить рукой на стену.

II фаза: «выдох» 6–8 секунд, расслабление, смотреть вверх, увеличивать амплитуду приближения своего туловища к стене. Повторять чередующиеся фазы 3–6 раз.

Упражнение 65 (для расслабления отводящих мышц плеча)

Упражнение выполняют лежа на кушетке на здоровом боку, нижняя рука подложена под голову. Поднять больную руку вверх до угла 30–45° и удерживать в таком положении 20 секунд, 20–30 секунд — перерыв. Упражнение повторять 15–16 раз.

Упражнение 66 (для расслабления отводящих мышц плеча при болях в плече с отведением руки в сторону)

Упражнение выполняют стоя рядом со стеной.

Плечо и предплечье опираются на стену.

На I фазу: «вдох» 9–11 секунд, давить рукой на стену.

На II фазу: «выдох» 6–8 секунд, расслабление, увеличивать приведение своего туловища к стене. Повторять чередующиеся фазы 3–6 раз.

Упражнение 67 (для расслабления надостной мышцы при болях в плече с отведением руки в сторону)

Упражнение выполняют сидя на кушетке.

Кистью здоровой руки обхватить больную руку снизу за локоть и привести ее к средней линии до преднапряжения. I фаза: «вдох» с задержкой дыхания на 9–11 секунд, надавить локтем на здоровую кисть в направлении отведения.

II фаза: «выдох» 6–8 секунд, расслабление, здоровая рука увеличивает амплитуду приведения больной руки. Повторять чередующиеся фазы 3–6 раз.

Упражнение 68 (при болях в плече с заведением руки за спину)

Упражнение выполняют лежа на спине на краю кушетки.

Больную руку отвести под прямым углом к туловищу, локоть согнут под прямым углом и выступает за край кушетки так, что предплечье под действием своей силы тяжести свисает к полу. I фаза: «вдох», поднять предплечье на 2 см вверх и удерживать его в течение 20 секунд. II фаза: «выдох» расслабление, во время которого предплечье опускается под действием силы тяжести в течение 20–30 секунд. Фазы чередования повторять 15–16 раз.

После уменьшения болевых ощущений выполняют упражнение лежа на спине, локоть руки, согнутой под прямым углом в плечевом и локтевом суставах, выступает за край кушетки, свободно свисает под действием силы тяжести. Держать в таком положении руку в течение 20 секунд, 20–30 секунд — перерыв. Повторять чередующиеся фазы 15–16 раз.

Упражнение 69 (при болях в плече от поднимания руки вверх)

Упражнение выполняют лежа на спине. Кистью здоровой руки обхватить сверху нижнюю часть предплечья в области лучезапястного сустава больной руки, согнутой под прямым углом в локтевом суставе и отодвинутой от туловища в сторону на 15°.

Затем здоровой рукой поднимать и опускать больную руку

медленными плавными пассивными ритмическими движениями, постепенно увеличивая амплитуду подъема больной руки.

Количество медленных плавных ритмических пассивных движений — 15–30, перерыв, и так повторить 3–6 раз, доходя с перерывами до 150–200 движений. Упражнение продолжать выполнять до тех пор, пока не исчезнут боли в плече в этом направлении движения.

Упражнение 70 (для снятия болей в области плечевого сустава)

Упражнение выполняется лежа на спине. Подняв руку с противоположной от боли стороны, осторожно ощупать (пальпировать) мышцы по передней, верхней и задней поверхностям плеча (на боку) для выявления пострадавших зон, выделив из них самую болезненную (пусковой пункт).

Затем подушечкой большого пальца провести продольное линейное поглаживание, двигаясь вверх и вниз по шее по боковым зонам в течение 1 минуты, 6–15 раз.

Нащупав самую болезненную зону, провести поперечно-боковое поглаживание в течение 1 минуты, 6–15 раз.

Затем провести поглаживание «рубанком» в продольном направлении вверх или вниз, с большим усилием в ту сторону, где вызывается боль, в течение 1 минуты, 6–15 раз.

После этого краем среднего пальца около ногтя провести

полукруговое поглаживание, как бы «вкручивая» и «выкручивая» винт против часовой стрелки, в течение 1 минуты, 6–15 раз.

Сделав перерыв и отдохнув 2–3 минуты, принять исходное положение, нащупать наиболее болезненную зону и провести прием вибрации: кончиками пальцев захватить в области плечевого сустава наиболее болезненные участки, потряхивать их вперед-назад и вращать против часовой стрелки.

Прием выполняется в течение 1,5–2 минут. После этого концом большого пальца медленными возвратно-поступательными движениями с нажимом на наиболее болезненную зону провести растирание в течение 1,5–2 минут.

Закончив подготовительную часть, сделать перерыв 2–3 минуты. Нащупать наиболее выраженную болевую зону, выпрямленным средним или указательным пальцем («палец-игла») провести прием вонзания до появления боли.

По мере уменьшения болевого ощущения в течение 0,5–1 минуты давление необходимо постепенно усиливать. Надавливать в течение 1–2 минут с силой от 3 до 6 кг. Прием повторяется 3–6 раз через каждые 2–3 часа до полного исчезновения болевых ощущений.

При отсутствии аллергических реакций за 40 минут до выполнения упражнения использовать: аскорбиновую кислоту (витамин С) 1000 мг после еды; глицин 0,3 мг; индометацин (в свечах) 50 мг; вольтарен актив 25 мг (после еды).

! Внимание! Лекарственные препараты можно применять только после согласования с лечащим врачом!

Приемы лечебного воздействия на мышцы при болях в области локтя

При болях в области локтя чаще встречается поражение наружных надмыщелков плеча, больше справа (на стороне наиболее нагружаемой руки), поэтому боли в области плеча относят к профессиональным заболеваниям. В специальной литературе это поражение называется «локоть теннисиста». Название подчеркивает частоту возникновения болей в области плеча при занятиях видами спорта, связанных с нагрузкой на кисть, плечо, предплечье (теннис, фехтование и др.).

Клиническая картина заболевания может характеризоваться мозжащими и жгучими болями, усиливающимися при рывкообразных движениях в локте и кисти. Болевые ощущения локализуются, как правило, не только в области надмыщелков плеча. При ощупывании ощущается болезненность при поражении наружного надмыщелка плеча в областях прикреплений сухожилий разгибателей запястья, особенно сухожилия плечелучевой мышцы (разгибающей и супинирующей кисть), при поражении внутреннего надмыщелка — в областях прикрепления сухожилий сгибателей запястья.

Ориентационные, самодиагностические тесты при болях в области локтя

При спазмах мышц-разгибателей и мышц-вращателей кисти невозможно направить кончики пальцев вниз и особенно вверх, не смыкая ладони вместе.

При попытке удержать сжатую в кулак кисть в положении тыльного сгибания она опускается, переходя в положение ладонного сгибания (проба Томсена).

Упражнение 71 (при болях, усиливающихся при разгибании)

кисти)

Упражнение выполнять сидя на кушетке.

Кисть необходимо максимально разогнуть в лучезапястном и согнуть в локтевом суставах. Кистью другой руки охватить кисть больной руки. На фазу «вдох» 9–11 секунд, глядя вверх, пытаться сгибать кисть больной руки против сопротивления здоровой. На фазу «выдох» 6–8 секунд — расслабление, увеличивать амплитуду разгибания кисти. Повторять чередующиеся фазы 3–6 раз.

Упражнение 72 (при болезненности вращения кисти)

Упражнение выполняют сидя. Одна кисть удерживает другую в положении максимального вращения в здоровую сторону. На фазу «вдох» 9–11 секунд против сопротивления больной руки осторожно поворачивать ее в здоровую сторону. На фазу «выдох», 6–8 секунд, расслабление, увеличивать поворот кисти в больную сторону. Повторять чередующиеся фазы 15–16 раз. Больную руку максимально согнуть в локтевом суставе. Кистью здоровой руки обхватить кисть больной. На фазу «вдох» 9–11 секунд, глядя вверх, пытаться разгибать больную кисть против ее сопротивления. На фазу «выдох» 6–8 секунд — расслабление, глядя вниз, увеличивать амплитуду сгибания кисти. Повторять чередующиеся фазы 15–16 раз.

Упражнение 73 (при болях, усиливающихся при сгибании и разгибании в локтевом суставе)

Упражнение выполнять лежа на спине, на 15° приподняв туловище со здоровой стороны. Кистью здоровой руки захватить кисть больной, опирающейся в локтевом суставе на кушетку, в области лучезапястного сустава и здоровой рукой ритмично, медленно и плавно максимально сгибать и разгибать пассивную больную руку 15–30 раз. Повторить

подход 3–6 раз, постепенно доведя число сгибаний-разгибаний до 150–200 раз. Упражнение выполнять до тех пор, пока не исчезнут болевые ощущения в этих направлениях движений.

Упражнение 74

Упражнение выполнять в том же положении, что и предыдущее, но захваченную здоровой рукой кисть больной руки привести в исходном положении в состояние наружного вращения (см. иллюстрацию), а затем здоровой рукой ритмично, медленно и плавно максимально сгибать и разгибать пассивную больную руку 15–30 раз. Повторить подход 3–6 раз, постепенно доведя число сгибаний-разгибаний до 150–200 раз. Упражнение выполнять до тех пор, пока не исчезнут болевые ощущения в этих направлениях движений.

Упражнение 75

Упражнение выполнять в том же положении, что и предыдущее, но захваченную здоровой рукой кисть больной руки привести в исходном положении в состояние внутреннего вращения (см. иллюстрацию), а затем здоровой рукой ритмично, медленно и плавно максимально сгибать и разгибать пассивную больную руку 15–30 раз. Повторить подход 3–6 раз, постепенно доведя число сгибаний-разгибаний до 150–200 раз. Упражнение выполнять до тех пор, пока не исчезнут болевые ощущения в этих направлениях движений.

Упражнение 76 (при болях в локтевом суставе)

Упражнение выполнять сидя на стуле или кушетке, согнув больную руку под прямым углом в локтевом суставе. Пальцами здоровой руки осторожно ощупать (пальпировать) локтевой сустав для выявления

наиболее пораженных зон, особенно с наружных и внутренних отделов, выделив из них самую болезненную (пусковой пункт).

Она может располагаться с наружной или внутренней стороны. Затем подушечкой среднего пальца или боковой поверхностью ладони провести продольное линейное поглаживание, двигаясь вверх и вниз по локтю по боковым зонам в течение 1 минуты, 6–15 раз.

Нащупав самую болезненную зону, провести поперечно-боковое поглаживание в поперечном направлении, в течение 1 минуты, 6–15 раз.

Затем провести поглаживание «рубанком» в продольном направлении вверх или вниз, с большим усилием в ту сторону, где вызывается боль, 1 минуту, 6–15 раз.

После этого краем среднего пальца около ногтя провести полукруговое поглаживание, как бы «вкручивая» и «выкручивая» винт против часовой стрелки, в течение 1 минуты, 6–15 раз.

Сделав перерыв и отдохнув 2–3 минуты, принять исходное положение, нащупать наиболее болезненную зону и провести прием вибрации: кончиками пальцев захватить в области локтевого сустава наиболее болезненные участки, потряхивать их вперед-назад и вращать против часовой стрелки.

Прием выполняется в течение 1,5–2 минут. После этого провести растирание бугорком у основания большого пальца руки медленными возвратно-поступательными движениями с нажимом на наиболее болезненную зону в течение 1,5–2 минут.

После подготовительной части сделать перерыв 2–3 минуты. Нащупав наиболее выраженную болевую точку, выпрямленным большим, средним или указательным пальцем («палец-игла») здоровой руки

провести прием вонзания до появления боли. По мере уменьшения болевого ощущения в течение 0,5–1 минуты давление необходимо постепенно усиливать. Надавливать в течение 1–2 минут с силой от 3 до 6 кг. Прием повторяется 3–6 раз через каждые 2–3 часа до полного исчезновения болевых ощущений.

При отсутствии аллергических реакций за 40 минут до выполнения упражнения использовать: аскорбиновую кислоту (витамин С) 1000 мг после еды; глицин 0,3 мг под язык; индометацин (в свечах) 50 мг; вольтарен актив 25 мг (после еды).

! Внимание! Лекарства применять только после согласования с лечащим врачом!

Упражнение 77 (при болях по передней поверхности плеча — в двухглавой мышце)

Упражнение выполнять лежа на спине. Пальцами здоровой руки осторожно ощупать (пальпировать) переднюю поверхность плеча для выявления наиболее пострадавших зон, выделив из них самую болезненную (пусковой пункт). Затем подушечкой большого пальца провести продольное линейное поглаживание, двигаясь вверх и вниз по плечу в течение 1 минуты, 6–15 раз. Нащупав самую болезненную зону, провести поперечнобоковое поглаживание в поперечном направлении, в течение 1 минуты, 6–15 раз. Затем провести поглаживание «рубанком» в продольном направлении вверх или вниз, с большим усилием в ту сторону, где вызывается боль 1 минуту, 6–15 раз. После этого краем большого пальца около ногтя провести полукруговое поглаживание, как бы «вкручивая» и «выкручивая» винт против часовой стрелки, в течение 1 минуты, 6–15 раз.

Сделав перерыв и отдохнув 2–3 минуты, принять исходное положение, нащупать наиболее болезненную зону и провести прием вибрации: кончиками пальцев захватить на передней поверхности плеча наиболее болезненные участки, потряхивать их вперед-назад и вращать против часовой стрелки. Прием выполняется в течение 1,5–2 минут. После этого провести растирание бугорком у основания большого пальца медленными возвратно-поступательными движениями с нажимом на наиболее болезненную зону в течение 1,5–2 минут.

После подготовительной части сделать перерыв 2–3 минуты. Нашупав наиболее болезную точку, выпрямленным большим, средним или указательным пальцем («палец-игла») здоровой кисти провести прием вонзания до появления боли. По мере уменьшения болевого ощущения в течение 0,5–1 минуты давление необходимо постепенно усиливать. Надавливать в течение 1–2 минут с силой от 3 до 6 кг. Прием повторяется 3–6 раз через каждые 2–3 часа до уменьшения болевых ощущений.

Упражнение 78 (при болях по задней поверхности плеча — в трехглавой мышце)

Упражнение выполнять сидя, согнув больную руку в локтевом суставе под прямым углом и прижав ее к туловищу. Пальцами кисти здоровой руки провести легкое ощупывание (пальпацию) задней поверхности плеча для выявления наиболее пострадавших зон, выделив из них самую болезненную (пусковой пункт). Затем подушечкой среднего пальца или боковой поверхностью ладони провести продольное линейное поглаживание, двигаясь вверх и вниз по локтю по боковым зонам в течение 1 минуты, 6–15 раз.

Нашупав самую болезненную зону, провести поперечно-боковое поглаживание в течение 1 минуты, 6–15 раз.

Затем провести поглаживание «рубанком» в продольном направлении вверх или вниз, с большим усилием в ту сторону, где вызывается боль, 1 минуту, 6–15 раз.

После этого краем среднего пальца около ногтя провести полукруговое поглаживание, как бы «вкручивая» и «выкручивая» винт против часовой стрелки, в течение 1 минуты, 6–15 раз.

Сделав перерыв и отдохнув 2–3 минуты, принять исходное положение, нащупать наиболее болезненную зону и провести прием вибрации: кончиками пальцев захватить на задней поверхности плеча наиболее болезненные участки, потряхивать их вперед-назад и вращать против часовой стрелки.

Прием выполняется в течение 1,5–2 минут. После этого провести растирание бугорком у основания большого пальца медленными возвратно-поступательными движениями с нажимом на наиболее болезненную зону в течение 1,5–2 минут.

После подготовительной части сделать перерыв 2–3 минуты. Нащупав наиболее выраженную болевую точку, выпрямленным большим, средним или указательным пальцем («палец-игла») здоровой кисти провести прием вонзания до появления боли.

По мере уменьшения болевого ощущения в течение 0,5–1 минут давление необходимо постепенно усиливать. Надавливать в течение 1–2 минут с силой от 3 до 6 кг. Прием повторяется 3–6 раз через каждые 2–3 часа до полного исчезновения болевых ощущений.

Приемы миотерапии при болях в плече и кисти

Синдром «плечо-кисть»

Синонимами названия синдрома «плечо-кисть» являются рефлекторная нейроваскулярная дистрофия конечности, или синдром Стейнброккера.

Механизм возникновения синдрома «плечо-кисть», как и плечелопаточного периартроза, считается рефлекторным. У больных с шейным остеохондрозом пусковым фактором развития синдрома может быть патологическая импульсация из тканей различной локализации: при травме и тромбофлебите верхней конечности, фурункулезе, дерматите, опоясывающем лишае, заболеваниях легких, в том числе при опухоли верхушки легкого, заболеваниях головного мозга. Некоторые авторы считают предрасполагающим фактором для развития синдрома «плечо-

кисть» мозговую вегетативную патологию.

Клиническая картина заболевания обычно развивается постепенно. Вначале возникают боли в области надплечья и плечевого сустава, интенсивность которых возрастает медленно, но может достигать до резких болей ноющего, ломящего или мозжащего характера. Позже присоединяется болезненная тугоподвижность в плечевом суставе, особенно страдают отведение руки в сторону и внутренняя ротация. Одновременно или вслед за этим присоединяются признаки поражения кисти. Возникают боли в области лучезапястного сустава с отдачей в большой палец и отек тыльной поверхности кисти, из-за которых уменьшается сила ее сгибателей, появляется затруднение сжатия руки в кулак.

Различают три стадии течения процесса:

I стадия — продолжительность 3–6 месяца. Характеризуется болями в плече и кисти, напряжением мышц надплечья, ограничением подвижности в плечевом суставе, тугоподвижностью кисти и пальцев. Сжатие кисти в кулак сопровождается болью. Отек кисти ярко выражен и иногда переходит на нижнюю часть предплечья.

II стадия — продолжительность 3–6 месяцев. Боли и отек уменьшаются, но ткани кисти становятся плотными, возникают трофические расстройства. Отмечается похолодание кисти и пальцев. На рентгенограммах кисти — признаки остеопороза.

III стадия — продолжительность от нескольких месяцев до нескольких лет. Имеется тугоподвижность плеча и пальцев, переходящая в необратимую контрактуру. Нарастает мышечная атрофия, снижается температура кожи кисти, развивается остеопороз кистей рук (разряжение структуры кости кисти).

Упражнение 79 (при болях в области лучезапястного сустава с отдачей в большой палец кисти и ладонь)

Упражнение выполнять сидя за письменным столом, свободно положив предплечье и локоть больной руки на стол. Подушечкой среднего пальца или боковой поверхностью ладони провести продольное линейное поглаживание, двигаясь вверх и вниз по области иррадиации боли в течение 1 минуты, 6–15 раз.

Нашупав самую болезненную зону, провести поперечно-боковое поглаживание в поперечном направлении в течение 1 минуты, 6–15 раз.

Затем провести поглаживание «рубанком» в продольном направлении вверх или вниз, с большим усилием в ту сторону, где вызывается боль, 1 минуту, 6–15 раз.

После этого краем большого пальца около ногтя провести полукруговое поглаживание, как бы «вкручивая» и «выкручивая» винт против часовой стрелки, в течение 1 минуты, 6–15 раз.

Сделав перерыв и отдохнув 2–3 минуты, принять исходное положение, нащупать наиболее болезненную зону и провести прием вибрации: кончиками пальцев захватить на кисти наиболее болезненные участки, потряхивать их вперед-назад и вращать против часовой стрелки.

Прием выполняется в течение 1,5–2 минут. После этого провести растирание бугорком у основания большого пальца медленными возвратно-поступательными движениями с нажимом на наиболее болезненную зону в течение 1,5–2 минут.

После подготовительной части сделать перерыв 2–3 минуты. Нашупав наиболее выраженную болевую точку, выпрямленным большим, средним или указательным пальцем («палец-игла») здоровой кисти провести прием вонзания до появления боли.

По мере уменьшения болевого ощущения в течение 0,5–1 минуты давление необходимо постепенно усиливать. Надавливать в течение 1–2 минут с силой от 3 до 6 кг. Прием повторять 3–6 раз через каждые 2–3 часа до полного исчезновения болевых ощущений.

Упражнение 80 (при резких болях в области внутренней поверхности лучезапястного сустава с отдачей в мизинец и ладонь — синдром запястного канала)

Упражнение выполнять сидя за письменным столом. Кисть больной руки сжать в кулак и максимально, насколько возможно, согнуть в лучезапястном суставе. Осторожно ощупать (пальпировать) ее для

выявления наиболее пострадавших зон, выделив из них самую болезненную (пусковой пункт).

Подушечкой среднего пальца здоровой руки провести продольное линейное поглаживание, двигаясь вверх и вниз по иррадиации болевых ощущений, в течение 1 минуты, 6–15 раз.

После этого краем большого или среднего пальца около ногтя провести полукруговое поглаживание, как бы «вкручивая» и «выкручивая» винт против часовой стрелки, в течение 1 минуты, 6–15 раз.

Сделав перерыв и отдохнув 2–3 минуты, принять исходное положение, нащупать наиболее болезненную зону в области внутренней части лучезапястного сустава и провести прием вибрации: кончиками пальцев захватить на внутренней части лучезапястного сустава наиболее болезненные участки, потряхивать их вперед-назад и вращать против часовой стрелки.

Прием выполняется в течение 1,5–2 минут. После этого провести растирание бугорком у основания большого пальца медленными возвратно-поступательными движениями с нажимом на наиболее болезненную зону в течение 1,5–2 минут.

После подготовительной части сделать перерыв 2–3 минуты. Нащупав наиболее выраженную болевую точку, выпрямленным большим, средним или указательным пальцем («палец-игла») здоровой кисти провести прием вонзания до появления боли.

По мере уменьшения болевого ощущения в течение 0,5–1 минуты давление необходимо постепенно усиливать. Надавливать в течение 1–2 минут с силой от 3 до 6 кг. Прием повторяется 3–6 раз через каждые 2–3 часа до полного исчезновения болевых ощущений.

Упражнение 81 (при болях в области большого пальца руки)

Упражнение выполняют сидя, предплечьями обеих рук опираясь на письменный стол. Провести легкое ощупывание (пальпацию) для выявления наиболее пострадавших зон, выделив из них самую

болезненную (пусковой пункт).

Подушечками пальцев здоровой руки провести продольное линейное поглаживание, двигаясь вверх и вниз по ходу иррадиации болевых ощущений в течение 1 минуты, 6–15 раз.

После этого краем большого или среднего пальца кисти здоровой руки около ногтя провести полукруговое поглаживание, как бы «вкручивая» и «выкручивая» винт против часовой стрелки, в течение 1 минуты, 6–15 раз.

Сделав перерыв и отдохнув 2–3 минуты, принять исходное положение, нащупать наиболее болезненную зону (обычно снаружи, у основания большого пальца) и провести прием вибрации: кончиками пальцев захватить у основания большого пальца наиболее болезненные участки, потряхивать их вперед-назад и вращать против часовой стрелки.

Прием выполняется в течение 1,5–2 минут. После этого бугорком у основания большого пальца здоровой руки медленными возвратно-поступательными движениями с нажимом на наиболее болезненную зону провести растирание в течение 1,5–2 минут.

После подготовительной части сделать перерыв 2–3 минуты. Нащупав наиболее выраженную болевую точку, облокотившись локтем здоровой руки на письменный стол, выпрямленным большим, средним или указательным пальцем («палецигла») этой же руки провести прием «вонзания», как бы наезжая больной рукой на здоровую до появления боли.

По мере уменьшения болевого ощущения в течение 0,5–1 минуты давление необходимо постепенно усиливать. Надавливать в течение 1–2 минут с силой от 3 до 6 кг. Прием повторяется 3–6 раз через каждые 2–3 часа до полного исчезновения болевых ощущений.

Упражнение 82 (при болях в пальцах кистей руки — синдром поражения сухожильных влагалищ мышц)

Упражнение выполнять сидя, с опорой предплечий больной и

здоровой рук на письменный стол. Кисть больной руки максимально расслабить. Провести легкое ощупывание (пальпацию) для выявления наиболее пострадавших зон, выделив из них самую болезненную (пусковой пункт).

Подушечкой среднего пальца здоровой руки провести продольное линейное поглаживание, двигаясь вверх и вниз по ходу иррадиации болевых ощущений, в течение 1 минуты, 6–15 раз.

После этого вытянуть в длину каждый больной палец по продольной оси, захватив его тремя пальцами здоровой руки, в течение 1 минуты, 6–15 раз.

Сделав перерыв и отдохнув 2–3 минуты, свесить кисть больной руки вниз и свободно потрясти ею.

Прием выполняется в течение 1,5–2 минут. Затем фиксировать кисть и больной палец на письменном столе так, чтобы чувствительная болевая точка была сверху, подложив под них маленькую подушечку. Облокачиваясь выпрямленным большим, средним или указательным пальцем («палец-игла») здоровой кисти на письменный стол, провести прием вонзания до появления боли.

По мере уменьшения болевого ощущения в течение 0,5–1 минуты давление необходимо постепенно усиливать. Надавливать в течение 1–2 минут с силой от 3 до 6 кг. Прием повторяется 3–6 раз через каждые 2–3 часа до уменьшения и исчезновения болевых ощущений.

Приемы миотерапии при болях в области тазового пояса и ног

Синдром подвздошно-поясничной мышцы

Подвздошно-поясничная мышца сгибает бедро в тазобедренном суставе, вращая его наружу. При фиксированном бедре наклоняет (сгибает) туловище вперед. Является основной мышцей, сгибающей туловище вперед. Поясничная мышца прикрепляется к бедру. Рефлекторная контрактура подвздошно-поясничной мышцы вызывает боль внизу живота, часто ниже паха, что дифференцируется больным как боль в брюшной полости и малом тазу. Болезненные уплотнения мышцы, прощупываемой врачом-хирургом через живот, могут быть источником многих диагностических ошибок и даже нецелесообразных оперативных вмешательств.

! Внимание! При боли в животе необходимо в обязательном порядке обратиться к врачу. Промедление в этом случае может быть опасно для жизни. Предлагаемые ниже упражнения выполнять только после согласования с лечащим врачом!

Между мышечным пучком подвздошно-поясничной мышцы может ущемляться кожный бедренный нерв. При этом возникают онемение и нарушения чувствительности по передненаружной поверхности бедра (невралгия Бернарда-Рота).

При функциональном ограничении подвижности крестцово-подвздошного сустава выявляют болезненный спазм подвздошной мышцы в положении лежа на спине с ногами, слегка согнутыми в коленных суставах. Если этот спазм встречается с одной стороны, то он имеет очень ценное диагностическое значение. Прощупать подвздошную мышцу можно сбоку на поверхности таза. При наличии спазма при прощупывании под пальцами ощущается болезненный валик. Правда, прощупать ее у самого себя бывает достаточно сложно.

Упражнение 83 (поглаживание при болях в бедре, а также при болях, которые могут дифференцироваться больным как боли в брюшной полости и малом тазу)

Все упражнения при синдроме подвздошно-поясничной мышцы выполнять лежа на спине, здоровая нога согнута в коленном и тазобедренном суставах и опирается на кушетку, туловище на краю

кушетки. Больная нога согнута в коленном суставе и свободно свисает с продольного края кушетки.

Для уменьшения болевых ощущений при синдроме подвздошно-поясничной мышцы используется следующий прием миотерапии, который выполняется одним большим или несколькими пальцами, подушечкой (бугром) кисти или всей ладонью. При выполнении этого приема ладонная поверхность фаланги большого пальца, т. е. подушечка большого пальца движется непрерывно в продольном направлении по передней поверхности бедра.

Продольное линейное поглаживание

Выполняется подушечкой среднего пальца руки с одноименной стороны, движениями вверх и вниз по ходу иррадиации болевых ощущений по передней поверхности бедра в течение 1 минуты, 6–15 раз.

Поперечно-боковое поглаживание

Выполняется аналогично предыдущему, только в поперечном направлении.

Поглаживание «рубанком»

Производится по передней поверхности бедра от паховой области вниз с большим усилием и обратно — с меньшим, имитируя работу рубанком.

Полукруговое поглаживание

Выполняется краем большого пальца около ногтя от паховой области вниз по ходу иррадиации боли. Эффективность приема возрастает с увеличением скорости движения.

Упражнение 84 (вибрационное пощипывание)

Выполняют в том же положении двумя или тремя пальцами, сложенными в виде щипцов. Захваченную часть ткани, где расположена болевая зона, встряхивают, придавая ей колебательное (дрожательное) движение: сначала легкое, затем более интенсивное.

Вначале встряхивают подвздошную мышцу при наличии болевой точки выше паховой складки, захватывая кончиками пальцев и вращая в продольном или поперечном направлении. Затем сжимают кожу, подкожную клетчатку и мышцу в складке. После этого сообщают колебательное (вибрирующее) движение вперед-назад, осуществляя нажимы и надавливания на болевую область. Надавливания осуществляют подушечками пальцев (одним или несколькими пальцами одновременно) или кончиком большого пальца. Далее находят болевые зоны по передней поверхности бедра и проводят последовательно аналогичные приемы миотерапии.

Упражнение 85

При отечности тканей в паховой области и передней поверхности бедра кончиками большого, указательного и среднего пальцев в очень быстром темпе проводят пальцевые уколы в болевые точки.

При этом отекшую ткань несколько смещают вверх и вниз. Обычно давление на мышечный пусковой пункт при миотерапии продолжают до появления боли. По мере уменьшения болевого ощущения давление постепенно усиливают. Давление длится 1–2 минуты с силой до 3 кг. Пальцевое воздействие на мышечный пусковой пункт проводят по типу «вкручивания» винта против часовой стрелки до появления болевого ощущения и «выкручивания» винта против часовой стрелки в течение 1–2 минут (циклы по 3–6 секунд).

Боли в ягодицах и тазобедренном суставе

Синдром грушевидной мышцы

Синдром грушевидной мышцы подробно описан российскими вертеброневрологами. Грушевидная мышца является единственной мышцей, соединяющей суставные поверхности крестцово-подвздошного сочленения. Начинается она на тазовой поверхности крестца сбоку второго и четвертого тазовых крестцовых отверстий. Представляя собой плоский равнобедренный треугольник, грушевидная мышца проходит через большое седалищное отверстие и прикрепляется к большому вертелу бедра. Она участвует в наружном вращении, отведении и частично в разгибании бедра.

Крестцовое сплетение внутри малого таза лежит на грушевидной мышце, между ее сухожилиями. Проходя через большое седалищное отверстие, грушевидная мышца оставляет по верхнему и нижнему краю небольшие щели: надгрушевидное и подгрушевидное отверстия. Через подгрушевидное отверстие проходит отходящий от крестцового сплетения седалищный нерв, который вместе с окружающими его сосудами может сдавливаться при спазме грушевидной мышцы.

Клиническая картина заболевания характеризуется тупыми, тянущими, рвущими, мозжащими, иногда со жгучим оттенком болями в ягодицах, в крестцово-подвздошном и тазобедренном суставах. Боли могут уменьшаться в постели, но усиливаться при ходьбе. При сдавлении седалищного нерва боль распространяется по задней поверхности бедра, в подколенную ямку, к пятке, в пальцы ноги. Иногда она может ощущаться по передней поверхности голени, по верхней поверхности стопы до большого пальца. Нередки нарушения чувствительности по всей ноге, особенно в стопе.

Упражнение 86 (при синдроме грушевидной мышцы — при болях в ягодицах, в крестцово-подвздошном и тазобедренном суставах)

Упражнение выполнять лежа на здоровом боку, здоровая нога выпрямлена, больная нога сверху, согнута в коленном и тазобедренном суставах так, чтобы колено опиралось на здоровую ногу. Подушечками пальцев верхней руки по середине ягодицы больной ноги, расположенной сверху, ощупать (пальпировать) болезненные зоны, отодвигая средними

пальцами расположенные сверху и снаружи мышечные массы большой ягодичной мышцы вверх, как бы вначале ввинчивая средние пальцы в середину ягодичцы.

Затем применять приемы поглаживания в продольном, поперечно-боковом и полукруговом направлениях, приемы надавливания и толкания.

После этого, выбрав наиболее болезненную точку, полусогнутым средним или указательным пальцем кисти давить на нее до появления боли.

По мере уменьшения болевого ощущения давление пальца постепенно усиливать. Надавливать 1–2 минуты с силой от 3 до 6 кг. Упражнение повторять 3–6 раз.

Боль в пояснично-крестцовой области, в наружной части бедра, по передненаружной части голени, иногда с иррадиацией в наружную лодыжку

Синдром подвздошно-большеберцового тракта

Подвздошно-большеберцовый тракт несколько отводит, сгибает, вращает бедро внутрь и участвует в удержании колена в выпрямленном положении.

Клиническая картина поражения подвздошно-большеберцового тракта характеризуется болями в пояснично-крестцовой и вертлужной областях, наружной части бедра вдоль подвздошно-большеберцового тракта, по передненаружной части голени, иногда с иррадиацией в наружную лодыжку. Основная пусковая зона боли находится в верхненаружных отделах бедра кпереди от большого вертела бедра, другая — в области малой и средней ягодичных мышц.

Упражнение 87 (при синдроме подвздошно-большеберцового тракта — боли в пояснично-крестцовой области, наружной части бедра, по передненаружной части голени, иногда с иррадиацией в наружную лодыжку)

Упражнение выполняют лежа на здоровом боку, больная нога лежит на здоровой, нижняя рука заложена за голову. Вначале кончиками пальцев верхней руки осторожно ощупать (пальпировать) мышцы наружной поверхности бедра для выявления наиболее пострадавших зон, выделив из них самую болезненную (пусковой пункт).

Затем боковой поверхностью ладони провести продольное линейное поглаживание, двигаясь вверх и вниз по боковой поверхности бедра в течение 1 минуты, 6–15 раз.

Нащупав самую болезненную зону, провести поперечно-боковое поглаживание в поперечном направлении, в течение 1 минуты, 6–15 раз.

Затем провести поглаживание «рубанком» в продольном направлении вверх или вниз, с большим усилием в ту сторону, где вызывается боль, 1 минуту, 6–15 раз.

После этого краем большого или среднего пальца около ногтя провести полукруговое поглаживание, как бы «вкручивая» и «выкручивая» винт против часовой стрелки, в течение 1 минуты, 6–15 раз.

Сделав перерыв и отдохнув 2–3 минуты, нащупать наиболее болезненную зону и провести прием вибрации: кончиками пальцев захватить на наружной поверхности бедра наиболее болезненные участки, потряхивать их вперед-назад и вращать против часовой стрелки.

Прием выполняется в течение 1,5–2 минут. После этого провести растирание концом большого пальца медленными возвратно-поступательными движениями с нажимом на наиболее болезненную зону в течение 1,5–2 минут.

После подготовительной части сделать перерыв 2–3 минуты и, нащупав наиболее болезненную точку на наружной поверхности бедра, выпрямленным большим, средним или указательным пальцем («палец-игла») провести прием вонзания до появления боли.

По мере уменьшения болевого ощущения в течение 0,5–1 минуты давление необходимо постепенно усиливать. Надавливать в течение 1–2 минут с силой от 3 до 6 кг. Прием повторяется 3–6 раз через каждые 2–3 минуты до уменьшения и исчезновения болевых ощущений.

При отсутствии аллергических реакций за 40 минут до выполнения упражнения можно использовать: аскорбиновую кислоту (витамин С) 1000 мг (после еды); глицин по 0,3 мг под язык; индометацин (в свечах) 50 мг; вольтарен актив 25 мг (после еды).

Боль в подколенной ямке с иррадиацией вверх и вниз, иногда в область седалищного бугра

Синдром двуглавой мышцы бедра

Спазм двуглавой мышцы бедра происходит при наклонах туловища вперед, увеличении физиологического изгиба поясничного отдела позвоночника вперед, соскальзывании двух позвонков (спондилолистезе), когда поднимается задний край таза и седалищный бугор, куда он прикрепляется. При сдавлении сухожилием двуглавой мышцы бедра волокон малоберцового нерва, когда он еще находится в составе седалищного нерва, может возникать болевой синдром его поражения с симптомами выпадения, вплоть до паралича стопы. Особенно часто это

наблюдается у людей, работа которых требует сидения на корточках, стояния на коленях.

Клиническая картина поражения двуглавой мышцы бедра характеризуется болями, которые локализуются чаще в подколенной ямке с иррадиацией вверх и вниз, иногда в область седалищного бугра. В двуглавой мышце бедра при прощупывании часто обнаруживают болезненность и уплотнения на границе верхней и средней трети. При сдавлении волокон малоберцового нерва боли часто с ощущением онемения, покалывания распространяются на голень, стопу и пальцы стопы. Болезненность и уплотнение часто можно выявить в зоне подколенной ямки.

Упражнение 88 (при синдроме двуглавой мышцы бедра — боли в подколенной ямке, отдающие вверх и вниз)

Упражнение выполнять полулежа на здоровом боку, опираясь на локоть. Вначале подушечкой среднего пальца верхней руки осторожно ощупать (пальпировать) подколенную область для выявления наиболее пострадавших зон, выделив из них самую болезненную (пусковой пункт).

Затем подушечкой среднего пальца провести продольное линейное поглаживание, двигаясь вверх и вниз по подколенной области и боковым зонам в течение 1 минуты, 6–15 раз.

Нащупав самую болезненную зону, провести поперечно-боковое поглаживание в течение 1 минуты, 6–15 раз.

Затем провести поглаживание «рубанком» в продольном направлении вверх или вниз, с большим усилием в ту сторону, где вызывается боль, в течение 1 минуты, 6–15 раз.

После этого краем среднего пальца около ногтя провести полукруговое поглаживание, как бы «вкручивая» и «выкручивая» винт против часовой стрелки, в течение 1 минуты, 6–15 раз.

Сделав перерыв и отдохнув 2–3 минуты, принять исходное положение, нащупать наиболее болезненную зону и провести прием вибрации: кончиками большого, указательного и среднего пальцев захватить в области подколенной ямки наиболее болезненные участки, потряхивать их вперед-назад и вращать против часовой стрелки.

Прием выполняется в течение 1,5–2 минут. После этого провести растирание подушечкой среднего пальца медленными возвратно-поступательными движениями с нажимом на наиболее болезненную зону в течение 1,5–2 минут.

После подготовительной части сделать перерыв 2–3 минуты. Нащупав наиболее болезненную точку в области подколенной ямки, выпрямленным средним или указательным пальцем («палец-игла») провести прием вонзания до появления боли.

По мере уменьшения болевого ощущения в течение 0,5–1 минуты давление необходимо постепенно усиливать. Надавливать в течение 1–2 минут с силой от 3 до 6 кг.

Прием повторяется 3–6 раз через каждые 2–3 часа до полного исчезновения болевых ощущений. При отсутствии аллергических реакций за 40 минут до выполнения упражнения можно использовать: аскорбиновую кислоту (витамин С) 1000 мг (после еды); глицин 0,3 мг (3 таблетки под язык); индометацин (в свечах) 50 мг; вольтарен актив 25 мг (после еды).

Боль в ягодичных мышцах, отдающая в заднюю часть бедра и голень

Синдром средней и малой ягодичных мышц

Средняя ягодичная мышца располагается под большой ягодичной мышцей и хорошо прощупывается под кожей и подкожной жировой клетчаткой. Ее мышечные волокна начинаются от наружной поверхности

крыла подвздошной кости и прикрепляются к верхней части головки бедра. Передние волокна средней ягодичной мышцы вращают бедро внутрь, задние — кнаружи, вся мышца участвует в отведении бедра и в выпрямлении согнутого туловища. Малая ягодичная мышца находится под средней ягодичной, начинается от наружной поверхности крыла подвздошной кости и прикрепляется к переднему краю головки бедра. Малая ягодичная мышца отводит бедро в сторону и выпрямляет согнутое туловище.

Клиническая картина поражения средней и малой ягодичных мышц похожа. При том и другом заболевании боли могут усиливаться в покое, но чаще во время напряжения и спазма мышц: при перемене положения тела, ходьбе, стоянии, вставании со стула, при запрокидывании одной ноги на другую. Зона иррадиации болей при синдроме средней и малой ягодичных мышц захватывает ягодицу, заднюю часть бедра и голени. При синдроме малой ягодичной мышцы боли могут распространяться по передненаружной поверхности бедра на верхнюю часть стопы ко 2–5 пальцам (то есть ко всем пальцам, кроме большого).

Пусковая зона при синдроме средней ягодичной мышцы находится в верхнем отделе ягодичной области, на границе с большой ягодичной мышцей. Пусковая зона при синдроме малой ягодичной мышцы — на средней части линии, соединяющей верхнюю часть подвздошной кости и головку бедра.

При патологии средней и малой ягодичных мышц в них появляется боль, часто отдающая в заднюю поверхность бедра и голени.

Упражнение 89 (при синдроме малой и средней ягодичных мышц — боли в ягодичной области с иррадиацией по передненаружной поверхности бедра и на верхнюю часть стопы к 2–5 пальцам)

Упражнение выполняют лежа на здоровом боку так, чтобы колено больной верхней ноги, согнутой в тазобедренном суставе, облокачивалось на колено нижней здоровой выпрямленной ноги. Подушечкой среднего пальца верхней руки осторожно ощупать (пальпировать) мышцы ягодичной области в средней ягодичной и передней наружной частях для выявления наиболее пострадавших зон, выделив из них самую болезненную (пусковой пункт).

Затем подушечкой среднего пальца или боковой поверхностью ладони провести продольное линейное поглаживание, двигаясь вверх и

вниз по ягодице и по боковым зонам в течение 1 минуты, 6–15 раз.

Нащупав самую болезненную зону, провести поперечно-боковое поглаживание в поперечном направлении в течение 1 минуты, 6–15 раз.

Затем провести поглаживание «рубанком» в продольном направлении вверх или вниз, с большим усилием в ту сторону, где вызывается боль, 1 минуту, 6–15 раз. После этого краем среднего пальца около ногтя провести полукруговое поглаживание, как бы «вкручивая» и «выкручивая» винт против часовой стрелки в течение 1 минуты 6–15 раз.

Сделав перерыв и отдохнув 2–3 минуты, принять исходное положение, нащупать наиболее болезненную зону в ягодичной области и провести прием вибрации: кончиками большого, указательного и среднего пальцев захватить в ягодичной зоне наиболее болезненные участки, потряхивать их вперед-назад и вращать против часовой стрелки.

Прием выполняется в течение 1,5–2 минут. После этого провести растирание подушечкой среднего пальца верхней руки медленными возвратно-поступательными движениями с нажимом на наиболее болезненную зону в течение 1,5–2 минут.

После подготовительной части сделать перерыв 2–3 минуты. Нащупав наиболее выраженную болезненную точку, выпрямленным средним или указательным пальцем («палец-игла») провести прием вонзания до появления боли.

По мере уменьшения болевого ощущения в течение 0,5–1 минуты давление необходимо постепенно усиливать. Надавливать в течение 1–2 минут с силой от 3 до 6 кг.

Прием повторяется 3–6 раз через каждые 2–3 часа до полного исчезновения болевых ощущений. При отсутствии аллергических реакций за 40 минут до выполнения упражнения можно использовать: аскорбиновую кислоту (витамин С) 1000 мг (после еды); глицин 0,3 мг (3 таблетки под язык); индометацин (в свечах) 50 мг; вольтарен актив 25 мг (после еды).

! Внимание! Лекарственные препараты можно применять только после согласования с лечащим врачом!

Боли по внутренней поверхности ноги, отдающие в пах, а иногда по передней поверхности бедра до внутренней лодыжки

Синдром приводящих мышц бедра

В приводящую группу мышц бедра входят большая приводящая, длинная и короткая приводящие и гребенчатая мышцы. Все три приводящие мышцы прикрепляются с внутренней стороны бедра. Особенно широко к этой линии прикрепляется располагающаяся более поверхностно длинная приводящая мышца. Синдром приводящих мышц бедра встречается чаще, чем синдром отводящих. Например, при укорочении одной ноги — для того, чтобы таз располагался симметрично (коррекция мозгом вертикального положения тела в пространстве), при патологических процессах в тазобедренном, коленном или голеностопном суставах, переломах нижней конечности и т. д.

Клиническая картина поражения приводящих мышц бедра характеризуется болями по внутренней или передневнутренней поверхности ноги, с иррадиацией в пах, а иногда по передней поверхности бедра до внутренней лодыжки. На внутренней поверхности ноги часто около паха можно прощупать мышечное уплотнение, болезненное при прощупывании и растяжении. Вследствие этого возникает ограничение движений в тазобедренном суставе, задние отделы таза на больной стороне поднимаются, бедро слегка сгибается и приводится, из-за чего невозможно опираться ногой на всю стопу, а лишь на носок.

Упражнение 90 (при синдроме приводящих мышц бедра — боли по внутренней или наружно-внутренней поверхности бедра)

Упражнение выполнять в положении сидя, стопой уперев больную ногу в бедро другой ноги. Положив подушечки пальцев противоположной руки на внутреннюю поверхность бедра больной стороны, осторожно ощупать (пальпировать) мышцы по внутренней поверхности бедра для

выявления наиболее пострадавших зон, выделив из них самую болезненную (пусковой пункт).

Затем подушечкой среднего пальца или боковой поверхностью ладони провести продольное линейное поглаживание, двигаясь вверх и вниз по передне-наружной поверхности бедра в течение 1 минуты, 6–15 раз.

Нашупав самую болезненную зону, провести поперечно-боковое поглаживание в поперечном направлении, в течение 1 минуты, 6–15 раз.

Затем провести поглаживание «рубанком» в продольном направлении вверх или вниз, с большим усилием в ту сторону, где вызывается боль, 1 минуту 6–15 раз.

После этого краем среднего пальца около ногтя провести полукруговое поглаживание, как бы «вкручивая» и «выкручивая» винт против часовой стрелки, в течение 1 минуты, 6–15 раз.

Сделав перерыв и отдохнув 2–3 минуты, принять исходное положение, нашупать наиболее болезненную зону на внутренней поверхности бедра и провести прием вибрации: кончиками большого, указательного и среднего пальцев захватить на внутренней поверхности бедра наиболее болезненные участки, потряхивать их вперед-назад и вращать против часовой стрелки.

Прием выполняется в течение 1,5–2 минут. После этого провести растирание бугорком у основания большого пальца с этой же стороны медленными возвратно-поступательными движениями с нажимом на наиболее болезненную зону в течение 1,5–2 минут.

После подготовительной части сделать перерыв 2–3 минуты. Нашупав наиболее выраженную болезненную точку на внутренней

поверхности бедра, выпрямленным средним или указательным пальцем («палец-игла») провести прием вонзания до появления боли.

По мере уменьшения болевого ощущения в течение 0,5–1 минуты давление необходимо постепенно усиливать. Надавливать в течение 1–2 минут с силой от 3 до 6 кг.

Прием повторяется 3–6 раз через каждые 2–3 часа до полного исчезновения болевых ощущений. При отсутствии аллергических реакций для лучшего расслабления мышц за 40 минут до выполнения упражнения можно использовать: аскорбиновую кислоту (витамин С) 1000 мг (после еды); глицин 0,3 мг (3 таблетки под язык); индометацин (в свечах) 50 мг; вольтарен актив 25 мг (после еды).

Боль и судороги в икроножной мышце

Синдром трехглавой мышцы голени

К мышечным синдромам при неврологических проявлениях патологии позвоночника относят синдром трехглавой мышцы голени. Трехглавая мышца голени состоит из лежащей поверхностно и подкожно икроножной мышцы и расположенной спереди икроножной, ближе к костям голени, камбаловидной мышцы. Эти мышцы осуществляют подошвенное сгибание стопы.

В связи с анатомическими и функциональными особенностями мышцы в ней часто наблюдаются судороги.

Судороги провоцируются внезапным подошвенным сгибанием стопы (в том числе ночью в покое, при снятии обуви и т. д.). Продолжительность судорожного болезненного стягивания от нескольких секунд до минуты. Определяющим моментом является перенесенная в прошлом травма головного мозга. Судорожные стягивания мышцы могут быть при артериальной и венозной недостаточности, в результате детренированности у спортсменов, но никогда не возникают при перенапряжении.

При возникновении судорог с резкой болью в икроножной мышце необходимо для их исчезновения сразу включить икроножную мышцу в работу: дать ей нагрузку с максимальным сокращением мышечных

тонических волокон. Если это случилось в положении лежа (часто бывает во время сна), то необходимо максимально согнуть стопу и опереться на нее, усилив весом туловища. Если при этом судороги с резкой болью не исчезают, то нужно подняться с постели и встать на эту ногу — судороги с резкой болью моментально исчезнут. После 10–20 шагов останутся только следы перенесенной боли, которые исчезнут через 2–3 минуты.

Упражнение 91 (при синдроме трехглавой мышцы голени — боли или судорогах по задней поверхности голени ниже подколенной ямки)

Упражнение выполнять сидя на кушетке так, чтобы стопа больной ноги, согнутая в тазобедренном и на 90° в коленном суставах, опиралась на маленькую скамеечку рядом со стулом или кушеткой. Положив подушечки больших пальцев обеих рук на заднюю поверхность бедра ниже подколенной ямки, осторожно ощупать (пальпировать) мышцы по задней поверхности голени для выявления наиболее пострадавших зон, выделив из них самую болезненную (пусковой пункт).

Затем подушечкой большого или среднего пальца или боковой поверхностью ладони провести продольное линейное поглаживание, двигаясь вверх и вниз по задней поверхности голени в течение 1 минуты, 6–15 раз.

Нащупав самую болезненную зону, провести поперечно-боковое поглаживание в поперечном направлении, в течение 1 минуты, 6–15 раз.

Затем провести поглаживание «рубанком» в продольном направлении вверх или вниз, с большим усилием в ту сторону, где вызывается боль, 1 минуту 6–15 раз.

После этого краем больших пальцев около ногтя провести полукруговое поглаживание, как бы «вкручивая» и «выкручивая» винт против часовой стрелки, в течение 1 минуты, 6–15 раз.

Сделав перерыв и отдохнув 2–3 минуты, принять исходное положение, нащупать наиболее болезненную зону на задней поверхности голени и провести прием вибрации: кончиками большого, указательного и среднего пальцев захватить на задней поверхности голени наиболее

болезненные участки, потряхивать их вперед-назад и вращать против часовой стрелки.

Прием выполняется в течение 1,5–2 минут. После этого провести растирание бугорком у основания большого пальца руки медленными возвратно-поступательными движениями с нажимом на наиболее болезненную зону в течение 1,5–2 минут.

После подготовительной части сделать перерыв 2–3 минуты. Нащупав наиболее выраженные болезненные точки в икроножной области, выпрямленным указательным пальцем («палец-игла») провести прием вонзания до появления боли.

По мере уменьшения болевого ощущения в течение 0,5–1 минуты давление необходимо постепенно усиливать. Надавливать в течение 1–2 минут с силой от 3 до 6 кг.

Прием повторяется 3–6 раз через каждые 2–3 часа до уменьшения болевых ощущений. При отсутствии аллергических реакций для расслабления икроножной мышцы за 40 минут до выполнения упражнения можно использовать: аскорбиновую кислоту (витамин С) 1000 мг (после еды); глицин 0,3 мг (3 таблетки под язык); индометацин (в свечах) 50 мг; вольтарен актив 25 мг (после еды).

Заключение

В московском Центре мануальной медицины под руководством доктора медицинских наук профессора Анатолия Болеславовича Сителя давно и с успехом применяют все описанные в книге приемы ликвидации болевого синдрома. Важно подчеркнуть, что предложенная методика не просто ликвидирует или притупляет боль. Основная цель предложенных упражнений и массажа — справиться с причиной боли, снять спазм, восстановить кровоснабжение в патологическом участке: после этого боль исчезнет сама, что называется, за ненадобностью.

Рекомендуем вам выполнять упражнения не только в тот момент,

когда уже появилась боль, но и в профилактических целях — ежедневно в качестве тонизирующей гимнастики. Самостоятельно подберите себе подходящие для вас упражнения на основе опубликованных в книге самодиагностических тестов, которые помогут выявить ваши проблемные зоны. Желаем каждому читателю этой книги успехов в освоении методики точечного воздействия на мышцы профессора Сителя. Будьте здоровы!

© Ситель А.

© ООО «Метафора»