



Анатолий Ситель
Точка боли. Уникальный
массаж пусковых точек боли

Текст предоставлен правообладателем
http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=4885150

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.

Содержание

Слово главного редактора	4
Триггерные точки или курковые зоны – что это такое?	4
Точечное воздействие на мышцы	7
Почему болит спина	8
Как можно получить травму, не выходя из-за письменного стола	11
Сомнения медиков в целесообразности удаления грыж диска	13
Самовосстановление межпозвонкового диска	14
Миотерапия	15
Как разомкнуть патологический круг циркуляции боли	15
Лечение по методу «напрягись – расслабься» Лоуренса Джонса	19
Алгоритм последовательного воздействия на точки	20
«Согни и держи!» Лечение положением по методу Андерсона	21
Приемы лечебного воздействия на пусковые точки боли	22
Поглаживание	22
Вибрационное пощипывание	25
Надавливание	27
Потирание	29
Возвратно-поступательное движение с нажимом	32
Растирание	32
Потирание между ладонями рук	33
Поколачивание	35
Сгибание и разгибание в суставах рук и ног	37
Вращение и потягивание	38
Прием толкания большим пальцем	38
Прием вонзания ногтем «палец-игла»	43
Если «раскалывается» голова	47
Массаж пусковых точек при головной боли	47
Поддержание нормального кровотока – эффективный способ борьбы с костными разрастаниями	49
Болит ли голова у детей?	50
Виды головной боли	51
Головная боль при повышении внутричерепного давления	51
Причины утренней головной боли	51
Конец ознакомительного фрагмента.	53

Анатолий Болеславович 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 рефлексорный 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 удастся 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 пословице, 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.

Таблица 1. Дифференциально-диагностические признаки I и II типов боли

Особенности боли	I тип боли	II тип боли
Болевые ощущения	Тянущая, стреляющая, пульсирующая, ноющая	Жгучая
Локализация ощущения	Локализуется четко, в определенном участке	Диффузно распространяется
Постоянство локализации боли	Не мигрирует	Мигрирует
Определение зоны первичного возникновения боли	Всегда четко определяется больным	Не всегда можно определить
Зона прямой иррадиации (распространения) боли	Определяется четко	Определение затруднено
Зона рефлекторной иррадиации боли	Отсутствует	Определяется
Зона реперкуссии ¹	Отсутствует	Определяется
Действие светового раздражителя	Не всегда отрицательно влияет, может отвлекать боль	Всегда влияет отрицательно — усиливает боль
Болевые точки	Сухожильные, мышечные, кожные	Сосудистые, вегетоганглионарные ²

Особенности боли	I тип боли	II тип боли
Мимические реакции боли	Четкие мимические проявления страдания	Может активно управлять мимикой
Вынужденная поза	Как правило, вынужденная поза	Нет
Сон	Нарушен процесс засыпания	Всегда нарушен
Течение болевого синдрома	Болевые явления, как правило, постоянные	Болевые ощущения пароксизмальные ³
Эмоциональные ощущения	Страх не возникает	Боль сопровождается, как правило, страхом
Действие анальгетиков	На ограниченное время уменьшает болевые явления	Малозэффективно
Действие наркотических средств	Боль купируется	Уменьшают, но не купируют боль
Действие спазмолитических средств	Неэффективны	Оказывают временный благоприятный эффект

¹ Реперкуссия (лат. *repercussio* – отражение) – так называемые отраженные расстройства (вегетативно-сосудистые, трофические, боль, нарушения мышечного тонуса и др.), возникающие на отдалении от патологического очага. – Прим. ред.

² То есть расположенные в автономных нервных узлах вегетативной системы. – Прим. ред.

³ Пароксизм (греч. *paroxysmos* – раздражение, возбуждение) – приступ или внезапное обострение болезни. – Прим. ред.

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 позвонково-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 амортизации

онные 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 позади дискового 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 межпозвонковым диском. Как результат – усиление процессов старения в межпозвонковом диске: рост внутрикостного давления в теле позвонка; рост внутридискного давления в межпозвонковом диске.

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

Разрыв сухожильных волокон межпозвонкового диска.

Деформация или сужение межпозвонковых 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 позадидискowego пространства.

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

Самовосстановление межпозвонкового диска

Научными исследованиями, проведенными в последние годы, доказано, что в течение 3–6 лет межпозвонковый диск восстанавливается на 80–90 %. Вначале в тканях содержимого межпозвонковой грыжи происходят изменения в виде образования рубцовой ткани, которая заменяется хрупким хрящевым содержимым, а хрящ вытесняется соединительной тканью, постепенно приобретающей спиралевидную форму сухожильных волокон межпозвонкового 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, исключая операцию. Их мы представляем в следующем разделе.

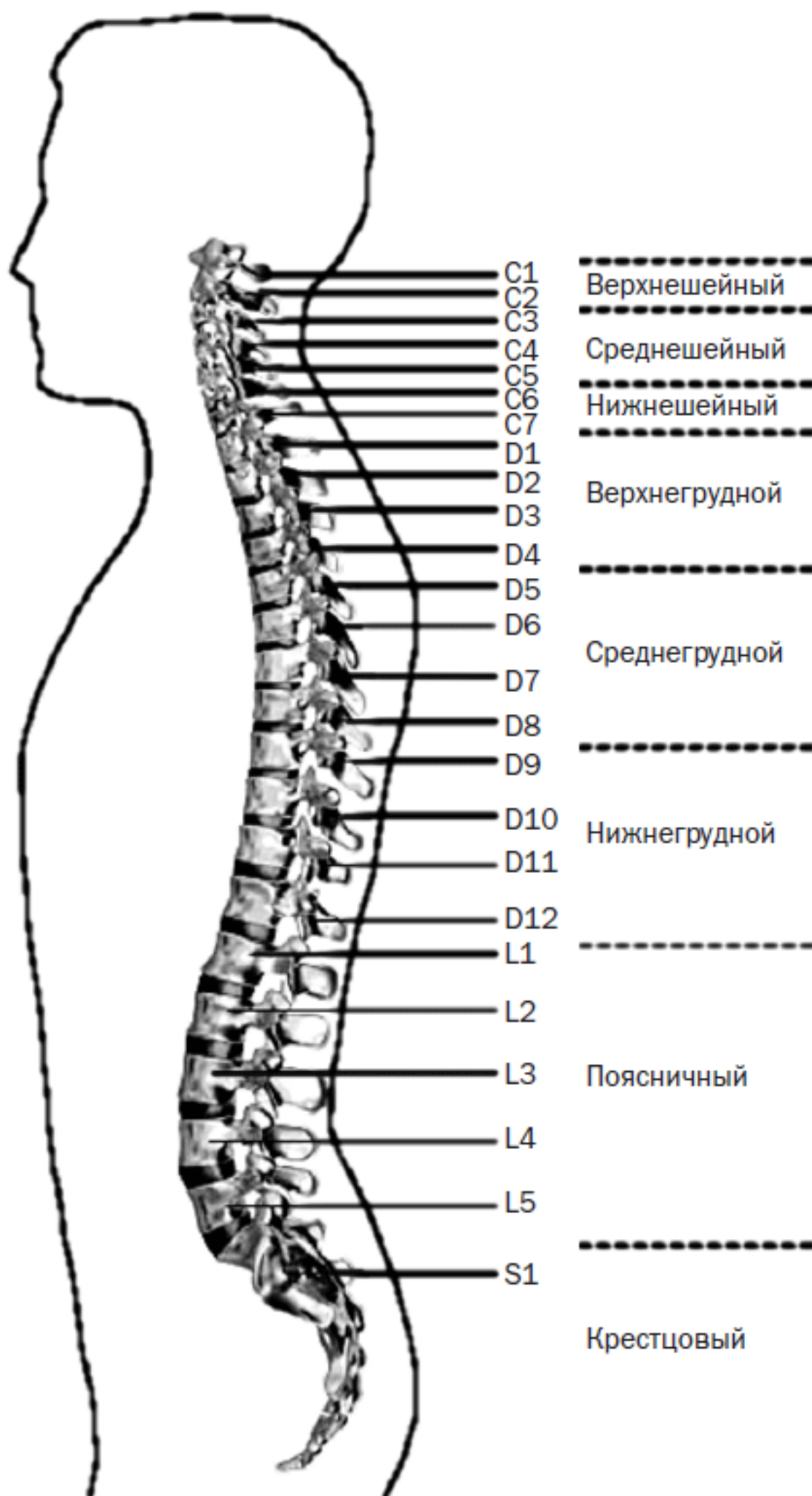
Миотерапия

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

Таблица 2. Связь патологии позвоночника и внутренних органов

Двига- тельный сегмент	Заболевание и симптомы
C1	Неврастения, истерия, бессонница, нарушение мозгового кровообращения
C1–C2	Головные боли, головокружения, кривошея
C2–C3	ЛОР-заболевания (ушей, носа), глазные болезни, напряжение мышц затылка
C3–C4	Снижение зрения, ЛОР-заболевания, зубные боли, спазматические боли в $1/2$ брюшной полости
C4–C5	Заболевания горла, гортани, приступы бронхиальной астмы
C5–C6	Приступы бронхиальной астмы, заболевания щитовидной железы, боли в плече, предплечье
C6–C7	Сердечно-сосудистые заболевания, стенокардия, бронхиальная астма, спазматические боли в желудке
C7–D1	Сердечно-сосудистые заболевания, боли по передней поверхности грудной клетки
D1–D2	Сердечно-сосудистые заболевания, стенокардия, атеросклероз, гипокалалгия
D2–D3	Бронхиальная астма, заболевания легких, сердечно-сосудистые заболевания
D3–D4	Болезни печени, сахарный диабет, кислотность желудка

D4–D5	Заболевания желудка, 12-перстной кишки, поджелудочной железы
D5–D6	Заболевания желудка, 12-перстной кишки, почек, желудочно-кишечная диспепсия
D6–D7	Заболевания желудка, 12-перстной кишки, язвенная болезнь этих органов
D7–D8	Болезни печени, сахарный диабет
D8–D9	Желчно-каменная болезнь
D9–D10– D11–D12	Заболевания почек, сахарный диабет, ревматизм, бели (гинекол.)
D12–L1– L2–L3	Нервное напряжение, дерматиты любые и любой локализации, нарушение функций половых органов, бесплодие, аменорея, заболевания почек, уретры, мочевого пузыря
L3–L4	Колиты, запоры, геморрой
L4–L5	Заболевания прямой кишки, геморрой, ревматизм
Копчик	Заболевания прямой кишки, болезни половой сферы (фригидность, импотенция), воспалительные заболевания половой сферы

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 желательно 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 движется 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;



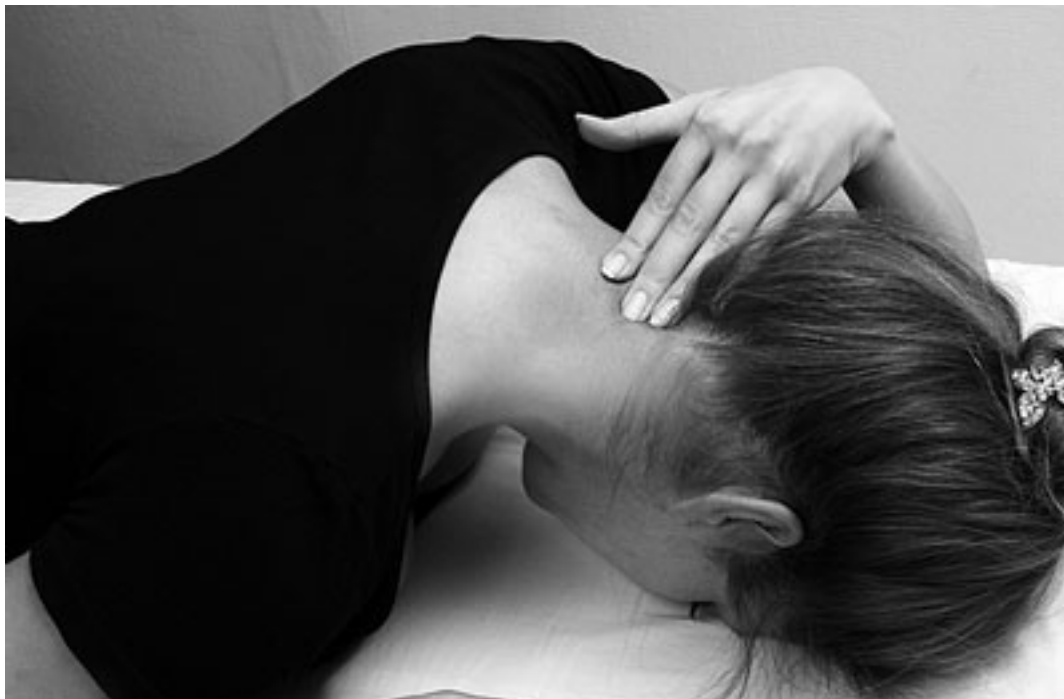
вибрация с нажимом – прием осуществляется нажимом на болевую область кончиками пальцев, которым придается вибрирующее движение вперед-назад.



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

Чаще 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.

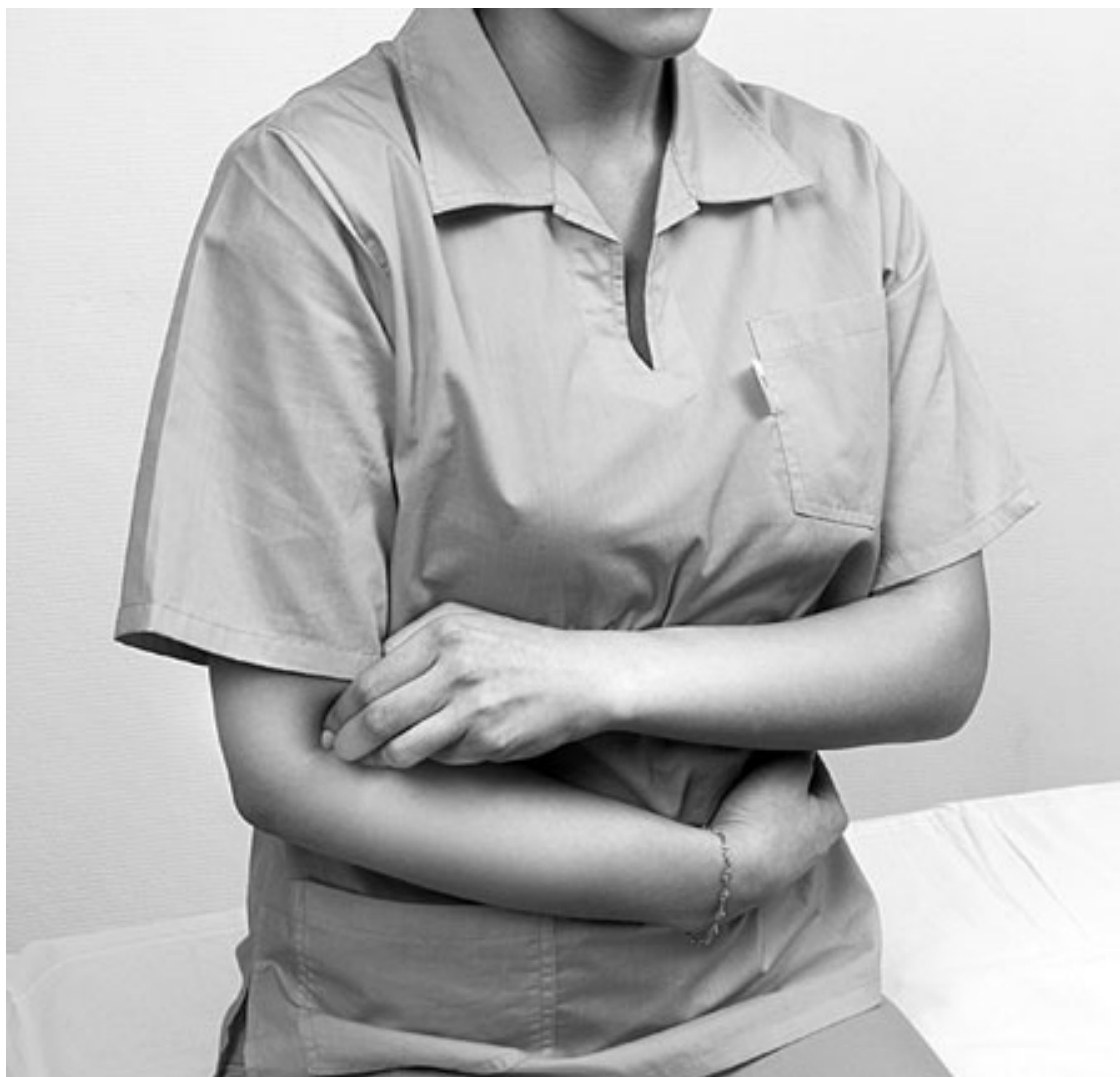
Вонзание полусогнутого пальца. В полусогнутом положении межфаланговый сустав среднего пальца вонзают в точку воздействия. При этом кисть как бы сжата в кулак.



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 Travel! 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 (a. 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-базиллярной системой, а стволовые отделы мозга, которые она кровоснабжает – вертебрально-базиллярным бассейном. Качество кровоснабжения в вертебрально-базиллярном бассейне целиком и полностью зависит от кровотока во внечерепных отделах позвоночных артерий, т. е. той части позвоночных артерий, которые проходят через отверстия поперечных отростков позвонков.

В нормальных физиологических условиях сосудисто-нервный пучок позвоночной артерии удерживается точно в центре отверстия поперечного отростка при помощи тонких соединительнотканых 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 неkoordinированном 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 гипоперфузия (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-базилярной недостаточности, а затем может развиваться ишемический инсульт в вертебрально-базилярном 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.

Болит 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 вверх, 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 подушкой, 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 нарушение 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-базилярная 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.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.