

## **Техника «Коррекция опорно-двигательной системы с локальным воздействием ударной волны на глубокие мышцы спины и позвоночный столб человека».**

Ударный метод оздоровления позвоночника используется людьми с древности и по настоящее время. По типу воздействия делится на 2 вида:

- ручной
- инструментальный.

### **РУЧНОЙ УДАРНЫЙ МЕТОД**

#### **МЕТОД Панова В.А., Леонтьевой Н.И., Неборского А.Т., Ярошенко В.П.**

В положении пациента лежа на животе специалист проводит визуальный осмотр и пальпацию позвоночника, выявляет наличие подвывихов в фасеточных суставах пораженных позвоночных двигательных сегментов и направление смещения нижних суставных отростков.

Коррекцию позвоночника проводят с использованием приемов ручного воздействия.

Подушечку ногтевой фаланги третьего пальца кисти левой руки располагают над остистым отростком пораженного позвонка, а подушечки ногтевых фаланг второго и четвертого пальцев той же руки - на область проекции смещенных нижних суставных отростков, обеспечивают непрерывный контакт подушечек пальцев с отростками, наносят удар ребром ладони правой кисти, сжатой в кулак, по ногтевым фалангам пальцев, акцентируя удар на третий палец, в направлении, противоположном смещению нижних суставных отростков, с одновременным толчковым воздействием третьего пальца на остистый отросток, а второго и четвертого пальцев - на нижние суставные отростки, направленным на восстановление положения позвонка.

Количество ударов определяют в каждом случае индивидуально. После нанесения каждого удара определяют положение нижних суставных отростков относительно межпозвонковой суставной щели.

Способ позволяет восстанавливать положение позвонка при смещении одного или двух нижних суставных отростков в различных направлениях к оси позвоночника.

По механизму своего действия способ аналогичен методу вытяжения позвоночника и может рассматриваться в качестве его альтернативы.

Известный способ имеет ряд недостатков:

- сложность исполнения при одновременном использовании трех пальцев одной руки, травматичный для пальцев,
- требует больших усилий врача,
- не позволяет принять большое количество пациентов, непригоден при значительных смещениях позвонков,
- создает опасность осложнений в области одного позвоночного двигательного сегмента при неоднократном нанесении ударов.

Пример 1. Больной Н., 43 года. Обратился с жалобами на боль в области поясницы, появляющуюся при наклонах. При проведении теста "Руки-пол" у больного выявлены ограничение подвижности в поясничном отделе позвоночника и связанные с ним болевые ощущения.

В положении больного лежа на животе проведена диагностика по "Майклу и Джону Доэрти". Выявлена болезненность межостистых связок следующих пораженных ПДС: L<sub>3</sub>-L<sub>4</sub>; L<sub>4</sub>-L<sub>5</sub>; L<sub>5</sub>-S<sub>1</sub>. При более глубокой пальпации и исследовании суставных щелей L<sub>3</sub>-L<sub>4</sub> обнаружены болезненность в области проекции нижнего суставного отростка L<sub>3</sub> слева, а также его неровность и ступенчатость (выступание) в дорсальном направлении, т.е. подвывих. Исследование суставных щелей L<sub>4</sub>-L<sub>5</sub> выявило уменьшение ширины их просвета, болезненность в проекции нижних суставных отростков, а также наличие их подвывиха в дорсально-каудальном направлении. Исследование суставных щелей L<sub>5</sub>-S<sub>1</sub> выявило незначительное увеличение ширины просвета справа, болезненность в области проекции нижнего суставного отростка L<sub>5</sub> и его подвывих в дорсальном направлении.

Рентгенография поясничного отдела позвоночника показала межпозвонковый остеохондроз.

Диагноз: Пояснично-крестцовый межпозвонковый остеохондроз с выраженным болевым синдромом.

Проведено лечение путем воздействия приемами ручного воздействия в количестве 5 сеансов, направленное на устранение имеющихся смещений (подвывихов) нижних суставных отростков пораженных ПДС в пояснично-крестцовом отделе позвоночника. В положении больного лежа на животе подушечку ногтевой фаланги третьего пальца кисти левой руки расположили над остистым отростком позвонка L<sub>3</sub>, подушечку второго пальца той же руки - на область проекции смещенного нижнего суставного отростка, а подушечкой четвертого пальца дополнительно фиксировали остистый отросток смежного позвонка L<sub>2</sub>. Коррекцию позвонка L<sub>3</sub> проводили путем

нанесения ударов в направлении, противоположном смещению нижнего суставного отростка, последовательно: вначале в вентрально-краниальном направлении под углом к продольной оси позвоночника, а затем в вентральном направлении перпендикулярно к ней. Удар наносили ребром ладони кисти правой руки, сжатой в кулак, по ногтевым фалангам пальцев, акцентируя его на третий палец. Одновременно осуществляли толчковое воздействие подушечкой третьего пальца на остистый отросток (а опосредованно на тело позвонка), а второго - на нижний суставной отросток, направленное на восстановление положения позвонка. В момент манипуляции пальцы находились в непрерывном контакте с отростками, контролируя силу и направление удара.

Коррекцию позвонка L<sub>4</sub> проводили следующим образом. Подушечку ногтевой фаланги третьего пальца левой руки расположили над его остистым отростком, а второго и четвертого - на область проекции смещенных нижних суставных отростков. Удары наносили с акцентом на третий палец в вентрально-краниальном направлении под углом к продольной оси позвоночника. Для проведения коррекции позвонка L<sub>5</sub> подушечку ногтевой фаланги третьего пальца левой руки расположили над остистым отростком позвонка, второго пальца - на области проекции смещенного нижнего суставного отростка, а подушечкой четвертого пальца фиксировали остистый отросток смежного позвонка L<sub>4</sub>. После нанесения каждого удара подушечками пальцев, которые не отрывали от позвонка, определяли положение нижних суставных отростков относительно межпозвонковой суставной щели.

После первого сеанса боли уменьшились. Отмечено увеличение объема движений. При глубокой пальпации области проекции суставных щелей L<sub>4</sub>-L<sub>5</sub> и L<sub>5</sub>-S<sub>1</sub> болезненность уменьшилась. Исследование суставной щели L<sub>3</sub>-L<sub>4</sub> выявило восстановление ее контура и рельефа. Нижние суставные отростки позвонка L<sub>3</sub> не выступают. Подвывих нижнего суставного отростка слева устранен. Исследование нижних суставных отростков L<sub>4</sub> и L<sub>5</sub> (справа) показало, что достигнуто их частичное вправление - на 30-35%. После третьего сеанса боли стали носить периодический характер. Отмечено значительное увеличение подвижности в поясничном отделе. Во время глубокой пальпации выявлена незначительная болезненность в области проекции суставных щелей L<sub>4</sub>-L<sub>5</sub> как слева, так и справа, а также их вправление на 60-65%. Рельеф и контуры суставных щелей более ровные и правильные. Исследование ПДС L<sub>3</sub>-L<sub>4</sub> и L<sub>5</sub>-S<sub>1</sub> патологии не выявило.

После пятого сеанса боль купирована. Физиологический объем движений восстановлен. Жалоб нет. Глубокая пальпация ПДС L<sub>3</sub>-L<sub>4</sub>; L<sub>4</sub>-L<sub>5</sub>; L<sub>5</sub>-S<sub>1</sub> патологии не выявила.

Срок наблюдения - один год. Рецидивов заболевания позвоночника не было. Больной является на осмотр один раз в полгода.

Пример 2. Больной К., 39 лет. Обратился с жалобами на боли в области поясницы стреляющего характера с иррадиацией в левую ягодицу. В течение недели отмечает обострение.

Из анамнеза: наблюдается в поликлинике по поводу поясничного остеохондроза. Обострение началось после тяжелой физической нагрузки. На рентгенограмме поясничного отдела позвоночника - картина межпозвонкового остеохондроза.

Диагноз: Поясничный остеохондроз с радикулярным синдромом.

Объективно. При проведении контрольно-диагностического теста "Руки-пол" установлены ограничение подвижности в поясничном отделе позвоночника и появление связанной с ним боли, теста "Лосега" - усиление тянущей боли в левой ноге. Проведена диагностика по "Майклу и Джону Доэрти". Выявлены пораженные ПДС: L<sub>1</sub>-L<sub>2</sub>; L<sub>2</sub>-L<sub>3</sub>; L<sub>3</sub>-L<sub>4</sub>. При более глубокой пальпации и исследовании этих ПДС выявлены различные виды смещений нижних суставных отростков. При пальпации и исследовании суставных щелей L<sub>1</sub>-L<sub>2</sub> обнаружены болезненность в проекции нижнего суставного отростка L<sub>1</sub> справа, а также его подвывих в дорсально-латеральном направлении. Исследование суставных щелей L<sub>2</sub>-L<sub>3</sub> выявило болезненность в области проекции нижнего суставного отростка L<sub>2</sub> слева, его подвывих в дорсально-краниальном направлении, а также увеличение ширины просвета суставной щели. Исследование суставных щелей L<sub>3</sub>-L<sub>4</sub> выявило болезненность в области проекции нижних суставных отростков L<sub>3</sub> и наличие подвывихов, а также незначительное увеличение просвета суставных щелей как справа, так и слева.

Проведено лечение с использованием приемов мануальной терапии в количестве восьми сеансов.

Коррекция позвонка L<sub>1</sub> проводилась путем последовательного нанесения ударов: сначала в краниальном направлении, затем в медиальном направлении (скользящий удар), а после этого - в вентральном. При этом подушечка ногтевой фаланги третьего пальца кисти левой руки располагалась над остистым отростком позвонка, четвертого пальца - на области проекции смещенного нижнего суставного отростка, а подушечкой второго пальца фиксировали остистый отросток смежного позвонка Th<sub>12</sub>. Для проведения коррекции позвонка L<sub>2</sub> подушечку ногтевой фаланги третьего пальца левой руки расположили над его остистым отростком, четвертого пальца - на область проекции смещенного нижнего суставного отростка, а подушечкой второго пальца фиксировали остистый отросток смежного

позвонка L<sub>1</sub>. Удары наносили в вентрально-каудальном направлении под углом к продольной оси позвоночника по ногтевым фалангам с акцентом на третий палец. Коррекцию позвонка L<sub>3</sub> проводили путем нанесения ударов в вентральном направлении перпендикулярно к продольной оси позвоночника. Для этого подушечку ногтевой фаланги третьего пальца левой руки расположили над остистым отростком позвонка, а второго и четвертого - на области проекции смещенных нижних суставных отростков.

После третьего сеанса отмечены уменьшение болей, увеличение объема движений. Тест "Лосега" не выявил болезненности. При глубокой пальпации области проекции суставных щелей ПДС L<sub>1</sub>-L<sub>2</sub> и L<sub>2</sub>-L<sub>3</sub> установлено уменьшение болезненности. Исследование суставной щели L<sub>3</sub>-L<sub>4</sub> выявило восстановление ее формы и ширины просвета. Нижние суставные отростки L<sub>3</sub> не выступают, что свидетельствует о вправлении подвывихов. Исследование нижних суставных отростков L<sub>1</sub> (справа) и L<sub>2</sub> (слева) показало их вправление на 30-35%. После пятого сеанса боли стали периодическими, наблюдалось значительное увеличение подвижности в поясничном отделе позвоночника. Во время глубокой пальпации выявлена болезненность в области проекции суставной щели L<sub>1</sub>-L<sub>2</sub> справа, а также вправление выступающего края (подвывиха) нижнего суставного отростка L<sub>1</sub> справа на 60%. Рельеф и контуры суставной щели более ровные и правильные. Исследование ПДС L<sub>2</sub>-L<sub>3</sub> и L<sub>3</sub>-L<sub>4</sub> не выявило каких-либо патологий. После восьмого сеанса боль купирована. Жалоб нет. Физиологический объем движений восстановлен. Глубокая пальпация ПДС L<sub>1</sub>-L<sub>2</sub>; L<sub>2</sub>-L<sub>3</sub> и L<sub>3</sub>-L<sub>4</sub> патологических изменений не выявила.

### **МЕТОД ГРИЦЕНКО А. Г. и ПАВЛОВА А.Б.**

Известен способ ручного воздействия на позвоночник при заболеваниях тазобедренного сустава заключающийся в том, что воздействие осуществляют от второго поясничного до второго крестцового позвонка путем нанесения ударов гипотенером собранной в кулак руки между поперечным и остистым отростками смещенного позвонка, затем проксимальный межфаланговый сустав согнутого третьего пальца одной руки устанавливают у основания остистого отростка позвонка со стороны смещения, в область пястно-фалангового сустава этого пальца наносят толчковый удар по направлению к анатомической оси позвоночника в сторону, противоположную смещению позвонка.

Положительный результат в известном способе достигается за счет возвращения положения остистого отростка смещенного позвонка к анатомической оси позвоночника.

Однако ориентация на остистый отросток не всегда является оправданной и носит субъективный характер, так как остистый отросток часто имеет различного рода деформации, в том числе врожденные, что не позволяет точно установить правильность его положения относительно оси позвоночника.

Кроме того, нанесение удара непосредственно по костным структурам позвоночника может привести к их повреждениям.

**П р и м е р 1.** Больной С. 45 лет. Диагноз: деформирующий артроз тазобедренного сустава правой конечности.

Жалобы: боль в суставе в статике и при нагрузке, боль в пояснице.

Пальпаторное обследование с учетом Ро-графии показало наличие следующих смещений в пояснично-крестцовой области:

L<sub>2</sub> влево,

L<sub>3</sub>L<sub>4</sub> вправо с ротацией,

L<sub>5</sub> влево с ротацией,

S<sub>1</sub>, S<sub>2</sub> вправо с ротацией.

Перекося таза, правая нога короче левой, подвывих правого тазобедренного сустава.

Лечение проводят следующим образом. Больной в положении лежа на животе, руки полусогнутые свободно лежат вдоль туловища. Врач производит удар кулаком в область между левым боковым и остистым отростками позвонка S<sub>1</sub>. Затем проксимальный межфаланговый сустав согнутого третьего пальца устанавливают: сначала палец левой руки между первым поперечным и остистым отростками S<sub>2</sub>, осуществляют толчковый удар тенором правой руки, затем палец правой руки устанавливают между левым боковым и остистым отростками L<sub>5</sub> и производят толчковый удар тенором левой руки по направлению к оси позвоночника. Затем аналогично палец левой руки устанавливают между правым боковым и остистым отростками L<sub>4</sub> и осуществляют толчковый удар тенором правой руки, повторяют то же на позвонке L<sub>3</sub>. И, наконец, палец правой руки устанавливают слева от остистого отростка L<sub>2</sub> и осуществляют толчковый удар тенором левой руки.

После восстановления правильного положения позвонков через 5 сеансов, проводимых через 3-4 дня, больному одели бандаж и рекомендовали гимнастические упражнения.

После первого воздействия боль в пояснице сразу исчезла, боль в суставе уменьшилась. Лечение проводилось 1-2 раза в неделю в течении трех

месяцев. Гимнастику больной проделывает постоянно. После окончания лечения бандаж сняли, хромота исчезла, длина ноги выравнилась, боль в пояснице исчезла, боль в суставе возникает только после длительной нагрузки.

**П р и м е р 2.** Больной П. 8 лет. Диагноз: остеодистрофия шейки левого бедра.

Жалобы: хромота, не рекомендовано наступать на ножку, пришел на костылях.

Пальпаторное обследование с учетом Ро-граммы показало наличие следующих смещений в пояснично-крестцовой области позвоночника.

L<sub>1</sub> вправо,  
L<sub>4</sub> влево,  
L<sub>5</sub> вправо, стез,  
S<sub>1</sub> влево, ротация.

Перекося таза, разная длина ног.

Лечение проводилось следующим образом. Врач производит удар кулаком в область между правым боковым и остистым отростками позвонка S<sub>1</sub>. Затем проксимальный межфаланговый сустав согнутого третьего пальца левой руки устанавливают справа от остистого отростка L<sub>5</sub> и осуществляют толчковый удар тенором правой руки, затем палец правой руки устанавливают слева от L<sub>4</sub> и осуществляют толчковый удар тенором левой руки. Затем палец левой руки устанавливают справа от остистого отростка L<sub>4</sub> и осуществляют толчковый удар тенором правой руки.

После 3 сеансов состояние улучшилось, длина ног выравнилась, мальчик стал наступать на ножку. Проведено 22 сеанса в течении 5 месяцев с перерывами. В первый месяц проведено 9 сеансов, во второй 5, в третий 3, в четвертый 3, в пятый 2. Бандаж надет после 5 сеансов. Гимнастические упражнения делает постоянно. Наступает на ножку, ходит на лыжах, может стоять на больной ножке. Сохранилось легкое прихрамывание.

**П р и м е р 3.** Больная Г. 8 лет.

Диагноз: дисплазия тазобедренного сустава.

Жалобы: хромота, перемещается на костылях.

Ро-графия дистрофические изменения в шейке бедра.

Пальпаторное обследование с учетом Ро-графии показало следующие смещения с пояснично-крестцовой области позвоночника:

L<sub>5</sub> влево,

S<sub>1</sub> вправо с ротацией.

Лечение проводилось следующим образом. Врач производит удар кулаком в область между левым поперечным и остистым отростками S<sub>1</sub>, затем согнутый палец правой руки устанавливают слева от L<sub>5</sub> и осуществляют толчковый удар тенором левой руки. Через три сеанса был надет бандаж и рекомендованы гимнастические упражнения.

После второго сеанса походка улучшилась. Проведено 6 сеансов в первый месяц 3 и через 5 месяцев 3 сеанса. Через полгода после начала лечения сохранилось легкое прихрамывание при ходьбе. Ро-грамма показала признаки значительного уплотнения кости шейки бедра.

### **МЕТОД Шмыкова Ю.Я.**

Метод включает установление пораженной стороны позвоночника и пальпаторное определение межпозвонкового пространства по паравертебральной линии, куда плотно вдавливают ногтевую фалангу пальца. По кончику фаланги или ее средней части ребром раскрытой или сжатой в кулак кисти наносят неоднократные дозированные удары. Процедуры проводят 1-3 раза через 3-4 дня. При необходимости их повторяют до устранения остаточных явлений.

Способ позволяет достичь значительного улучшения, устранения болевого синдрома, восстановления функции пораженного сегмента позвоночника. Однако, поскольку воздействие осуществляется непосредственно на костные структуры позвонков и индивидуально точная дозировка силы удара практически невозможна, это связано с возможностью возникновения осложнения переломом поперечных отростков позвонка.

Технический результат изобретения состоит в предупреждении осложнений.

Этот результат достигается тем, что в известном способе лечения заболеваний позвоночника путем нанесения неоднократных дозированных ударов на пораженную область позвоночника, согласно изобретению, удары наносят на межпозвонковую область позвоночника со стороны поражения, причем наносят их по ногтевой фаланге пальца, располагая ее на плоскости спины перпендикулярно оси позвоночника по паравертебральной линии.



Нанесение ударов на межпозвонковую область исключает прямое воздействие на костные структуры позвоночника и делает невозможным их повреждение. Причем удары со стороны поражения обеспечивают целенаправленность воздействия, что особенно существенно при S-образном изменении позвоночника, кифозе. Расположение ногтевой фаланги перпендикулярно оси позвоночника по паравертебральной линии локализует направленность воздействия, минуя плотные структуры позвоночника, что предупреждает возможные осложнения. Такая щадящая система воздействия позволяет применение ее даже в остром периоде заболевания.

Сущность способа заключается в следующем. У больного в положении лежа на животе после установления пораженной стороны позвоночника визуально и пальпаторно определяют межпозвонковое пространство по паравертебральной линии, куда плотно вдавливают ногтевую фалангу пальца. По кончику фаланги или ее средней части ребром раскрытой или сжатой в кулак кисти наносят неоднократные дозированные удары. Процедуру повторяют 1-3 раза через 3-4 дня. Результаты лечения: купирование болевого синдрома полностью или в большей части в течение первых 3-4 мин. Процедура повторяется по необходимости устранения остаточных явлений. Больного предупреждают о необходимости ограничения физических нагрузок на восстановительный период.

Сущность способа поясняется примерами. 05.95, больной Д. 39 лет, шофер. Болен в течение месяца. Диагноз: парез малоберцового нерва правой ноги. Лечился амбулаторно у невропатолога. Состояние постепенно ухудшалось. Стопа за период медикаментозного лечения отвисла. На приеме диагностировано ущемление корешков поясничного сплетения справа без субъективного ощущения боли. Больной уложен на наклонную в сторону головы поверхность (приблизительно 5-15° в положении на животе со спущенными под углом около 90° бедрами). Визуально и пальпаторно установлено напряжение тканей в области межпозвонковых пространств L2-5 справа. Затем приступили к выполнению лечебной манипуляции. С этой целью на пораженную область последовательно между 2 и 3, 3 4, 4 5, позвонками по паравертебральной линии перпендикулярно оси позвоночника располагали ногтевую фалангу пальца, по которой наносились удары силой 1-60 Н по три раза в каждое межпозвонковое пространство. В результате пальпаторно установлено расслабление тканей в области L2-5. Субъективных изменений ощущений в день лечения у больного не было. На следующий день больной пришел без проявлений пареза малоберцового нерва. Через неделю приступил к работе. Через год жалоб нет, здоров.

04.96. Больная М. 43 года. Больна два месяца. Диагноз: плечелопаточный периартрит справа. Движения ограничены из-за боли, не может расчесать волосы. Лечилась медикаментозно, курс физиолечения, новокаиновые блокады. На приеме диагностировано ущемление корешков C6 T4.

Проведена одна лечебная процедура аналогично описанной в примере 1. Через 5 мин больная осмелилась поднять руку. Движения в полном объеме, безболезненны. Через два месяца жалоб нет. Здорова.

К настоящему времени таким способом проведено лечение более 500 человек. Положительный лечебный эффект достигнут у более 99% Осложнения в виде образования подкожной гематомы в месте воздействия отмечены у 2% Лечение оказалось неэффективным у лиц с разрушением фиброзного кольца межпозвоночного диска 0,3% обратившихся. У них отмечалось облегчение состояния лишь в течение 4-8 ч от момента проведения манипуляции.

По сравнению с известными способами предлагаемый имеет ряд существенных преимуществ: способ исключает повреждение плотных структур позвоночника, что имеет место в способе-прототипе; способ значительно сокращает срок лечения за счет возможности применения его для снятия болевого синдрома в остром периоде заболевания.

### **МЕТОД Касьяна Н.А.**

Способ заключается в том, что больного укладывают на кушетку в положении на животе. После определения пораженной области путем визуального осмотра и пальпации позвоночника приступают к приемам мануальной терапии. Сначала одну руку врач накладывает на участок пораженной области, при этом лучше, если остистые отростки пораженных позвонков окажутся между вторым и третьим пальцами на уровне средних фаланг, которые лежат на поперечных отростках и плотно прилегают к позвоночнику. Затем ребром ладони другой руки или ее проксимальным краем врач наносит дозированные удары по средним фалангам силой 1-60 Н неоднократно в течение 5-10 сек. После этого больного в вертикальном положении врач встряхивает с силой 60-130 Н неоднократно в течение 5-10 сек с одновременной ротацией до 5°.

Известный способ имеет ряд недостатков.

Воздействие на костные структуры позвонков хотя и опосредованно - удар наносят по средним фалангам пальцев, однако его направление и силу невозможно проконтролировать и скорректировать. В результате такого воздействия возможно повреждение поперечных отростков позвонка. Кроме того, способ предусматривает неоднократное встряхивание пациента с одновременной ротацией. Эта процедура является сложной, трудоемкой, требует больших усилий врача и, следовательно, не всегда может быть реализована.

## ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЙ УДАРНЫЙ МЕТОД

Задачей метода является разработка способа ручной инструментальной безоперационной коррекции позвоночника для восстановления положения смещенных позвонков относительно продольной оси позвоночника с помощью резинового молоточка и деревянного элемента цилиндрической формы, позволяющих снизить усилия специалиста, время на процедуру, болевые ощущения, повысить безопасность, точность коррекции и получить стойкий клинический эффект от применения способа при лечении заболеваний позвоночника и внутренних органов, иннервируемых на уровне сегментов спинного мозга.

В качестве ручных инструментов для осуществления способа используют ударный резиновый молоточек (киянка) весом в 450г и 650г ( в зависимости от веса пациента), как покупное изделие, и деревянный элемент цилиндрической формы со скругленными поверхностями.

Виды ударного воздействия на резиновые молоточки:

- кистевой,
- при сгибании руки в лучезапястном суставе,
- локтевой, при сгибании руки в локтевом суставе,
- плечевой, при сгибании руки в плечевом суставе.

Сила удара зависит от вида удара.

При кистевом ударе - легкое воздействие, при локтевом - воздействие средней силы, при плечевом - сильное, в каждом случае подбирается индивидуально. Сила удара зависит от положения руки врача на рукоятке ударного молоточка для создания вращающего момента. Чем меньше расстояние от руки врача на рукоятке к бойку, тем меньше сила удара, чем больше расстояние, тем больше сила удара. При коррекции шейного отдела силу удара по резиновой оправке подбирают индивидуально и осуществляют по величине заданной амплитуды и веса резинового молоточка при его свободном колебании в руке врача, она должна быть кратковременной, строго дозированной, безболезненной и не более одного удара за сеанс.

Молоточек и деревянный элемент устанавливают на следующие анатомические зоны смещенного позвонка: зону пластинки позвоночной дуги с максимальной прочностью на деформацию среза при радиальном повороте (ротации), зону реберной поверхности поперечного отростка с максимальной прочностью на деформацию сжатия при линейном движении и

удаленной от позвоночного канала на расстояние, равное длине поперечного отростка, и зону латерального конца поперечного отростка шейного позвонка.

Технический результат способа достигается тем, что выявляют нетипичное положение - смещение остистого отростка позвонка, производят на него ручное дифференцированное безболезненное воздействие резиновыми молоточками без повреждения тканей, восстанавливают анатомическое положение позвонка, и выражается в обеспечении безопасного исполнения и использования для лечения заболеваний и патологических состояний органов.

Применение резиновых молоточков при реализации способа имеет ряд преимуществ:

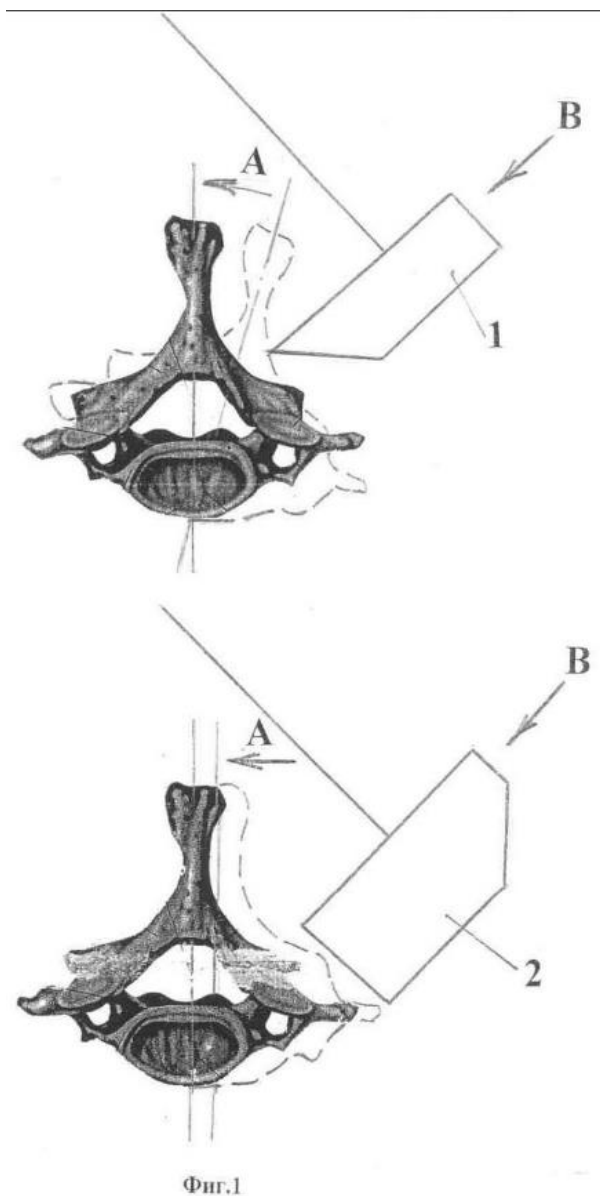
- резина обладает амортизирующими качествами и не повреждает ткани,
- нет прямого ударного воздействия на позвонки и руки врача,
- меньше физических усилий,
- пациент не изменяет исходное положение при процедуре, доступность материалов для изготовления молоточков,
- техническая простота конструкции и изготовления,
- возможность реставрации и замены молоточков по мере износа рабочих поверхностей.

Сущность способа.

Предварительно проводят сбор анамнеза, уточняя перенесенные травмы, операции, неотложные состояния, соматические заболевания, аномалии развития позвоночника, а также образ жизни, условия быта, физические и умственные нагрузки пациента, проводят объективное обследование позвоночника - рентгенографию или компьютерную томографию.

Способ ручной инструментальной безоперационной коррекции позвоночника человека осуществляют в исходном положении пациента - лежа на животе, голова повернута на бок, руки вдоль туловища, проводят визуальный осмотр и глубокую пальпацию остистых отростков позвоночника. Для этого специалист, проксимальными фалангами пальцев обеих рук последовательно мягко обхватывает остистые отростки и, смещая кожу над ними возвратно-поступательными движениями, пальпирует в направлении снизу вверх по позвоночнику и определяет положение остистых отростков на уровне одного позвоночного двигательного сегмента, на уровне соседних позвоночных двигательных сегментов, на уровне отделов и на уровне всего позвоночника, а также состояние паравертебральных мышц, выявляя зоны перенапряжения и повышенных болевых ощущений.

Перед процедурой проводят технику хиропрактики и элементы техники Токсен.



Фиг.1

Восстановление анатомического положения смещенных позвонков относительно продольной оси позвоночника для устранения его деформации (по стрелке А) схематически представлено на фиг.1, 2. Затем деревянный элемент специалист берет в левую руку, а ударный резиновый молоточек - в правую. Применяют два варианта заданных движений для смещенного позвонка в направлении к продольной оси позвоночника (под углом к ней или перпендикулярно, зависит от формы и положения позвонка) с последующей контрольной пальпацией.

Первый - для радиального поворота (ротации) , в исходном положении врача - стоя слева или справа от пациента, боек резинового молоточка 1 плотно устанавливают на зону пластинки позвоночной дуги, наклоняют рукоятку молоточка в сторону позвоночника до угла  $45^\circ$  к поверхности спины, затем на ударную поверхность деревянного элемента

наносят удар молоточком (по стрелке В).

Второй - для линейного движения в исходном положении врача - стоя со стороны смещенного позвонка, нижнее ребро деревянного элемента устанавливают напротив поперечного отростка по средней линии спины, между осью позвоночника и медиальным краем лопатки, затем мягко углубляют в кожу и, образуя кожную складку как защитную основу, продвигают его до плотного упора с реберной поверхностью поперечного отростка, наклоняют деревянный элемент в сторону позвоночника до угла  $45^\circ$  к поверхности спины, затем на ударную поверхность деревянного элемента наносят удар молоточком 3 (по стрелке В) однократно.

Для линейного движения шейного позвонка в исходном положении пациента - лежа на животе, руки - кисть на кисть, фиксируют положение головы на кушетке - на лоб, затем боек оправки устанавливают на латеральный конец поперечного отростка и на противоположную ударную поверхность оправки наносят удар молоточком однократно.

Способ реализуют в 1-2-3 этапа:

- первый - устранение деформаций позвоночника относительно оси позвоночника,
- второй - перерыв 2-3 месяца, для укрепления тканей позвоночного двигательного сегмента (смежных позвонков, межпозвонковых дисков, сегментарного связочного аппарата) и сохранения достигнутого уровня их стабильности при условии выполнения рекомендаций - исключения тяжелых физических и психологических нагрузок,
- третий - перерыв 2-3 месяца .

Способ успешно сочетается с вытяжкой позвоночника.

Способ позволяет обеспечить дифференцированный подход к коррекции, избежать хирургического вмешательства, применять поточный прием пациентов, применять его для лечения заболеваний и патологических состояний, сократить сроки лечения и реабилитации.

Клинический эффект выражается в стойком восстановлении

- капиллярной циркуляции в зоне сдавливания или дегенеративных изменений межпозвонкового диска и пульпозного ядра за счет увеличения пространства между позвонками и установке их в нормальное анатомическое положение;
- формы пульпозного ядра внутри фиброзного кольца;
- тонуса мышц спины за счет устранения мышечных блокад позвоночных дисков;
- амплитуды движения в позвоночных двигательных сегментах;
- кровоснабжения спинного мозга, что устраняет нарушение функций органов и систем.

## **Вопросы к лекции 11.**

1. По какому принципу специалист должен осуществлять удары рукой для коррекции опорно-двигательной системы по методу Панова В.А., Леонтьевой Н.И., Неборского А.Т., Ярошенко В.П?
2. Какие недостатки имеет данный ручной ударный способ?
3. Какие патологии можно устранить ручным методом воздействия Панова В.А., Леонтьевой Н.И., Неборского А.Т., Ярошенко В.П?
4. Какое положение руки должно быть при методе коррекции ГРИЦЕНКО А. Г. и ПАВЛОВА А.Б.?
5. Каков основной недостаток этого метода?

6. Какие патологии можно устранить ручным методом воздействия  
ГРИЦЕНКО А. Г. и ПАВЛОВА А.Б.?
7. В чем заключается особенность ручного метода Шмыкова Ю.Я.?
8. Каких улучшений можно добиться при помощи метода Шмыкова Ю.Я.?
9. Что известно о личности Касьяна? Дать полный и развернутый ответ.
10. Какое основное преимущество имеет метод инструментального воздействия перед любым из ручным ударных методов?
11. Какие виды ударного воздействия Вам известны?
12. **Самые известные и малознакомые мастера нашего времени, работающие с ударным методом (как ручным, так и инструментальным). Реферат. Смотреть методичку!**