

С.В.КРУГЛЯКОВ

# 100

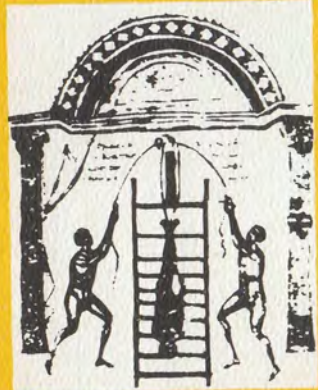
## ПРИЕМОВ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ



Это первое издание по мануальной терапии, в котором детально представлено более 100 сложных по технике исполнения приемов, выполняемых на различных отделах позвоночника.

Приведенные приемы используют в своей практике ведущие специалисты мира.

Богатый иллюстративный фотоматериал, представленный в книге, несомненно облегчит практическое использование этих приемов.





---

С. В. КРУГЛЯКОВ

---

**100**  
**ПРИЕМОВ**  
**МАНУАЛЬНОЙ**  
**ТЕРАПИИ**

---

Москва  
«Советский спорт»  
1997

---



УДК 615.821  
ББК 53.54  
К 78

**Кругляков С.В.**

К 78 100 приемов мануальной терапии. 2-е изд. — М.: Советский спорт, 1997. — 208 с., ил.

ISBN 5-85009-422-9

Это первое издание по мануальной терапии, в котором детально представлено более 100 сложных по технике исполнения приемов, выполняемых на различных отделах позвоночника. Приведенные приемы используют в своей практике ведущие специалисты мира.

Богатый иллюстративный фотоматериал, представленный в книге, несомненно облегчит практическое использование этих приемов.

Предназначается для специалистов, врачей, целителей, а также для широкого круга читателей, интересующихся вопросами народной медицины.

УДК 615.821  
ББК 53.54

ISBN 5-85009-422-9

© С.В. Кругляков, 1997  
© Издательство «Советский спорт», 1994  
оформление, иллюстрации  
© Издательство «Советский спорт», 1997  
оформление, иллюстрации

Ты достигнешь до той премудрости, что не будешь здравия полагать в одних только склянках; твоя аптека будет вся природа на службу тебе и твоим больным.

*М. Я. Мудров*

## ПРЕДИСЛОВИЕ

Мануальная терапия, наряду с другими традиционными народными способами целительства, заняла прочное место среди современных методов естественного безлекарственного лечения больных. Высокая эффективность, отсутствие каких-либо осложнений при правильном применении приемов, обращение к собственным защитным силам организма — все эти достоинства мануальной терапии завоевали доверие многих медиков, народных целителей, специалистов в области различных систем натуропатии.

За многие сотни лет существования этого способа облегчения страданий людей он то признавался панацеей, то начисто отвергался «научной» медициной. С середины нашего столетия, вобрав в себя практический опыт остеопатов и хиропрактиков, этот вид целительства обрел второе дыхание под названием «мануальная медицина». Но как бы ни менялись теоретические концепции, объяснявшие поразительный эффект от применения тех или иных манипуляций (от лат. manus — рука), сама суть этого вида врачевания, требующего четкого знания конкретных технических приемов, остается неизменной — от Гиппократа и до наших дней.

Уместно вспомнить высказывание И. А. Кассирского о том, что медицина является наукой, а врачевание — искусством, и там, где оно перестает быть искусством, медицина теряет значение как наука.

В основе успешного и безопасного применения мануальной терапии лежит, прежде всего, правильное практическое проведение технических приемов. Цель предлагаемой книги как раз и состоит в том, чтобы детально познакомить читателей с применением мно-



гих из них. Критерий, которым пользовался автор, отбирая те или иные приемы мануальной терапии, был один — в книгу вошли только те приемы, которые рекомендуются ведущими специалистами и постоянно используются автором в его практической работе.

В книге нет глав, посвященных анатомии позвоночного столба, его биомеханике, интимным механизмам действия мануальной терапии. Все это читатель может, при необходимости, найти в анатомических атласах, соответствующих руководствах. Задача, которую автор пытался решить, состояла в том, чтобы наиболее подробно и доступно описать ту сложную последовательность технических действий (поза больного, различные захваты, контакты, направление манипуляционного толчка и многое другое), которая и составляет манипуляционный прием. Большое внимание было уделено иллюстративному материалу (фотографиям), который очень важен для специалиста-практика — «в его глазах — начатки знания, они потом уходят в руки, в его мозгу на состязанье сошлись концами все науки» (Н. А. Заболоцкий).

Автор выражает глубокую благодарность заслуженному мастеру спорта, многократной олимпийской чемпионке И. К. Родниной, профессору В. С. Гойденко, заслуженному врачу Российской Федерации Н. Б. Климовой, без которых он никогда бы не состоялся как специалист.

## ОСНОВНЫЕ ВИДЫ ПРИЕМОМ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ И СОВЕТЫ ПО ИХ ПРИМЕНЕНИЮ

Приступая к проведению мануальной терапии, мануальный терапевт всегда начинает с выполнения технических приемов, направленных на мягкие ткани (с так называемой «техники мягких тканей», с «массажной техники»). Это приемы ручного воздействия на мягкие ткани, окружающие позвоночный столб и суставы конечностей. Основная цель их применения состоит в том, чтобы расслабить спазмированные, болезненные мышцы, окружающие двигательный сегмент. Релаксация мускулатуры создает хорошие условия для проведения дальнейшего воздействия. Поэтому «массажные техники» и предшествуют проведению мобилизации и манипуляции. Выполнять их следует мягко, в зависимости от состояния больного, постоянно спрашивая у него, не причиняет ли прием боль или дискомфорт. Дело здесь не в имитации нежной заботы, а в том, что дозировать рефлексорный раздражитель гораздо сложнее, чем дать лекарство, например аспирин, когда из любого справочника известно, что 1 доза заключается в 1 таблетке и т. д. Поэтому необходимо постоянно прислушиваться к ощущениям больного, чтобы не вызвать усиления мышечного спазма, ухудшения общего состояния и пр. Кроме того, не следует забывать, что массажные техники представляют собой первоначальный физический контакт с больным и от того, насколько врач сумеет передать в своих первых прикосновениях к его телу стремление облегчить страдания больного, часто зависит весь исход лечения. Грубое, агрессивное прикосновение автоматически вызывает у пациента ответную защитную реакцию в виде напряжения мышц и подсознательного недоверия, преодолеть которое потом очень сложно.



Таким образом, процесс лечения не должен быть для пациента тяжелее самой болезни. Жесткие, травматические, ударные приемы трудно контролировать, даже применяя целенаправленные (только на 1 двигательный сегмент) манипуляции, поэтому рекомендуются по возможности избегать длительного контакта с болезненными структурами.

Воздействие на мягкие ткани проводится обычно медленными ритмичными движениями, с подстраиванием под ритм дыхательных движений пациента. В процессе таких движений достигается глубокая «проработка» мышечных волокон, их растяжение, устранение спазма.

В отличие от обычного массажа, здесь не применяются приемы, способствующие усилению кровенаполнению мягких тканей (растирание, интенсивное разминание и пр.), которые скорее затрудняют проведение дальнейших воздействий. Кроме того, нужно помнить, что в некоторых случаях интенсивный массаж может быть и противопоказан, например, когда усиленный приток крови к обрабатываемой области вызывает набухание и отек тканей, окружающих нервный ствол, с его дополнительным сдавливанием. Продолжительность «массажных техник» варьируется от 10 до 20—30 мин.

Изучение нейрофизиологии мышц позволило научно обосновать и разработать высокоэффективные способы воздействия на них с целью растяжения, устранения спазма и болевого синдрома. Эти способы получили название «нейромышечная терапия». Авторы В. Шнейдер, И. и В. Дворжаки, Т. Тритшлер в своей книге «Мануальная медицина», вышедшей в 1986 г., выделяют на основе нейрофизиологического механизма лечебного эффекта целых три вида нейромышечной терапии. В практике же наиболее часто используется один вид, так называемая постизометрическая релаксация мышц. Принципы ее проведения, наиболее подробно разработанные для практики чешской школой мануальной терапии (Е. Рыхликова), следующие.

1. Постизометрическая релаксация возникает после изометрического сокращения мышцы. Это означает, что мышца, которую необходимо расслабить, должна предварительно сократиться против искусственного приложения к ней сопротивления.

2. Это сопротивление не должно быть значительным, чаще от мануального терапевта требуется почти минимальное усилие.

Сопротивление всегда создается вдоль оси движения. Для создания такого сопротивления мануальный терапевт использует обычно ладонную поверхность одной своей руки, а другая его рука стабилизирует тело больного.

3. При проведении приема больной, со своей стороны, также не должен прилагать значительного физического усилия. Ему следует доступно разъяснить суть проводимого приема, чтобы получить его сознательное соучастие, что и предполагает методика «постизометрической релаксации».

4. При проведении приема пациенту предлагают переводить взгляд (иногда и голову) в направлении движения.

5. При движении против сопротивления больной должен выполнить вдох.

6. После 4—10-секундного поддержания сопротивления больной выдыхает, а мануальный терапевт проводит пассивное движение в противоположном направлении, используя нежное, мягкое давление или тягу. Больной должен сопровождать и это движение перемещением своего взгляда (и головы). Прием «постизометрической релаксации» может быть повторен, обычно достаточно 3—7 повторений.

Оказать лечебное воздействие непосредственно на нарушенную суставную подвижность позволяет мобилизация — постепенное ненасильственное восстановление подвижности двигательного сегмента. Она часто используется как один из видов подготовки к манипуляции. Дело в том, что мобилизация представляет собой функциональное движение или суставную игру («joint-play»). Пассивное выполнение движений мобилизации приводит к крайнему положению суставных поверхностей в сочленении, т. е. к состоянию преднапряжения. Необходимо пояснить, что под суставной игрой понимаются такие движения в суставе, которые человек не способен выполнить самостоятельно, но свобода которых имеет тем не менее важное значение для нормальной суставной функции. Здесь можно привести аналогию из области автодела — чтобы колеса автомобиля хорошо крутились, необходимо сохранять



их легкий люфт. С помощью ритмичных пружинящих мобилизационных движений против сопротивления в конце диапазона движения в сочленении можно устранить его «блокировку», даже без последующих манипуляций.

Мобилизацию, таким образом, можно рассматривать не только как подготовку, но и как альтернативу манипуляции. Важно, что проведение мобилизации никогда не выводит сустав за физиологически допустимые границы подвижности. Осуществляют мобилизацию плавными, ритмичными движениями, синхронизируя их с ритмом дыхательных движений больного (на выдохе). Мобилизирующий прием рекомендуется повторять от 5 до 15—20 раз.

Вершиной технического совершенства в мануальной терапии является манипуляция, которая оказывает иногда просто поразительный лечебный эффект.

Неуловимая, на первый взгляд, комбинация движений в суставе, сопровождаемая характерным треском, буквально на глазах избавляет пациента от скованности движений и болей. К сожалению, этот прием используют подчас не очень щепетильные люди, собирающие огромные аудитории зрителей и приписывающие себе какие-то «особые природные способности». А дело между тем заключается в том, что, по выражению И. Дюриановой, «функционально сустав поставлен «выше» мышц». И, таким образом, рефлекторное влияние на суставные рецепторы при проведении манипуляции способно оказать нормализующее воздействие на состояние окружающих сустав мягких тканей.

Манипуляция, в отличие от мобилизации,— это резкое, однократное движение в суставе, которое проводится в направлении ограничения свободного движения. Манипуляция проводится с помощью быстрого, короткоамплитудного, чутко контролируемого врачом манипуляционного толчка в нужном направлении.

Выполнять манипуляционный толчок можно только после достижения в этом направлении состояния преднапряжения. Это означает, что сочленение, на котором необходимо выполнить манипуляцию, должно быть предварительно приведено в такое положение, которое является границей физиологической нормы

для данного движения в данном сочленении. Облегчить достижение состояния преднапряжения в сочленении можно с помощью других приемов мануальной терапии, в частности мобилизации.

Манипуляционный толчок кратковременно выводит сочленение за физиологические границы движения, но никогда — за анатомические границы сустава. Превышение анатомических границ способно привести к травматическим повреждениям суставной капсулы, связочного аппарата, переломам костей и другим тяжелым осложнениям. Можно сравнить этот миллиметровый отрезок, на котором реализуется целебное действие манипуляции, с терапевтической шириной лекарственного препарата, например, разовая лечебная доза пиридофона колеблется от 0,025 до 0,5 г, и ее превышение может привести к отравлению.

В мануальной терапии принято различать приемы, носящие неспецифический и специфический характер.

К неспецифическим приемам могут быть отнесены те из них, которые оказывают лечебное воздействие на несколько двигательных сегментов одновременно, на какой-либо регион позвоночника.

Специфические приемы «нацелены» на конкретный двигательный сегмент за счет так называемого «замыкания», т. е. из воздействия исключаются прочие двигательные сегменты. «Замыкание», в принципе, может быть достигнуто двумя способами. 1-й способ — используя определенную комбинацию движений, мануальный терапевт может вызвать достаточное натяжение связочного аппарата позвоночника, ограничивающее подвижность не участвующих в приеме двигательных сегментов. 2-й способ — за счет определенного сочетания движений врач может привести суставные поверхности этих сегментов в такое положение, которое исключает всякую подвижность.

Однако «замыкания» для надежного выполнения специфической манипуляции недостаточно, необходимо еще выбрать правильные контакты и захваты. Контактom называется костная структура, на которую мануальный терапевт прямо переносит свое усилие в ходе выполнения приема.

Известный хиропрактик Вернер Пепер в своей книге «Хиропрактическая техника», изданной в Гамбурге в 1952 г., пишет, что на руке можно выделить четыре



основных контактных пункта, среди которых радиальный край указательного пальца (индекс-контакт), подушечка большого пальца, тенар, область между тенаром и гипотенаром и др.

Мануальный терапевт устанавливает выбранный контакт на костную структуру пациента (остистый отросток, поперечный отросток, дуга позвонка, угол ребра и пр.), оказывая давление в определенном направлении, в том же направлении нужно достичь состояния «преднапряжения» и провести манипуляционный толчок. Контакты и «короткие рычаги», т. е. местное приложение усилия в зоне контакта, пришли в практику мануальной терапии из хиропрактики.

Из остеопатии мануальная терапия почерпнула определенные захваты, основанные на использовании «длинных рычагов». При работе на позвоночнике такими рычагами могут являться голова больного, конечности. Обычно приемы с использованием «длинных рычагов» требуют от мануального терапевта меньших физических усилий, однако особое внимание следует обратить на технику проведения приема из-за опасности повреждения двигательного сегмента.

Приступая к проведению тех или иных мануальных приемов, врач должен позаботиться об удобном положении пациента, не затрудняющем его дыхание; при манипуляциях желательно снять зубные протезы, серьги, цепочки, часы. Любой прием мануальной терапии необходимо проводить, чутко прислушиваясь не только к субъективным ощущениям больного, но и к реакции его организма. Мануальный терапевт должен как бы спрашивать тело пациента: «Можно ли так? А вот так? А еще немного в этом направлении?» И только после того, как его «тканевое» чувство донесет разрешение от тела больного, он может продолжать свои действия. Именно в умении «слушать» тело и заключается секрет, почему у одних врачей есть отличные результаты, а у других нет, хотя они используют одну и ту же технику.

Мы уже говорили о принципиальной установке на проведение безболезненного лечения. Принцип проведения манипуляций, выдвинутый французским профессором мануальной терапии Робертом Мэннем, позволяет перейти от декларативности к практике. Этот принцип Р. Мэнь назвал «правилом безболезненности

и противодвижения». Суть его заключается в том, что никогда нельзя усиливать движение в сочленении, которое доставляет или усиливает боли, а наоборот, важным является именно свободное движение, противоположное всем заблокированным.

Например, к мануальному терапевту за помощью обратился пациент с поясничными болями, причем эти боли привели, допустим, к правостороннему кифосколиозу. Ясно, что на этом фоне просьба к пациенту разогнуть позвоночник и выполнить боковой наклон направо вызовет резкую боль, а поворот корпуса больного влево будет затруднен.

Сообразуясь с правилом Р. Мэня, мануальный терапевт должен уложить больного на левый бок, подложить под него небольшой валик (наклон влево), сохранить имеющийся кифоз (наклон вперед) и выполнить ротацию корпуса вправо.

Для лучшей ориентации Р. Мэнь предложил звездчатую схему 6 основных движений позвоночника (сгибание, разгибание, наклоны вправо и влево и ротация в двух направлениях), на которой он предлагает отмечать направление и степень ограничения движения.

Практика убедительно свидетельствует, что только индивидуально подобранное, не стандартное (например, сначала направо, потом налево) проведение мануальных воздействий безопасно для больного и приносит ему наибольшую пользу.

Тактика мануальных воздействий предусматривает их проведение не только в местах актуальной болезненности, но и в так называемых «ключевых зонах». Эти зоны располагаются на стыках различных отделов позвоночника, например шейно-грудной, грудно-поясничной переходы. Вследствие своего положения двигательные сегменты «ключевых зон» испытывают повышенные нагрузки, что может привести к появлению в них «немых функциональных блокад». Впрочем, необходимо учитывать мнение профессора В. П. Веселовского об объеме мануального воздействия в одном сеансе в зависимости от темпа самооздоровляющих (саногенетических) реакций организма пациента.

Различные авторы приводят и разные рекомендации по количеству и частоте сеансов мануальной тера-



пии на один курс лечения. Заслуживает внимания мнение Е. Рыхликовой о том, что на одном сегменте не следует проводить свыше 3 манипуляций с промежутком в 4—6 недель, более частое воздействие способно привести к гипермобильности (сверхподвижности сочленения).

Практика работы показывает, что, используя всю палитру мануальных воздействий (т. е. техники мягких тканей, приемы нейромышечной терапии, мобилизацию), можно проводить 2 сеанса мануальной терапии в неделю (в тяжелых случаях 3), избегая целенаправленной манипуляции на одном и том же сегменте в течение 1—2 недель. После чего необходимо проверить состояние этого сегмента и устранить резидуальные (остаточные) явления блокады. Всего на курс лечения требуется от 5 до 7—10 сеансов. Таким образом, правы те специалисты, которые выступают против частых манипуляций, но за длительное лечение. Чтобы дополнительно пояснить эту позицию, можно сослаться на профессора В. С. Гойденко, который заметил, что «лечит не то, что мы с вами делаем с больным, а то, что происходит в его организме после того, как мы что-то сделали». Действительно, ни одна таблетка не «заткнет» в желудке кровоточащую язву, но ее прием способен вызвать в организме цепочку неких биохимических реакций, в результате которых язва начнет рубцеваться.

А мы можем только помочь организму мобилизовать свои защитные силы на борьбу с недугом. Если после 3—5 сеансов мануальной терапии в состоянии больного не удастся заметить положительных перемен, то дальнейшее проведение мануальной терапии нецелесообразно.

## ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРОВЕДЕНИЮ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Успешное и безопасное применение мануальной терапии предполагает знание ее возможностей и границ. Для того чтобы определить, можно ли помочь данному больному, используя способ ручного воздействия на позвоночник и окружающие его ткани, необходимо,

чтобы мануальный терапевт правильно представил себе, какими именно причинами вызваны жалобы больного в момент его обращения за помощью и какое место в ряду прочих причин занимает нарушение функции позвоночного столба. С точки зрения мануальной терапии, безразлично, каким именно заболеванием страдает пациент, если после внимательного анализа ситуации врач приходит к выводу, что жалобы больного связаны с поражением межпозвоночных сегментов, которое может быть устранено с помощью соответствующей манипуляции.

Другими словами, предметом мануального воздействия является не сам по себе остеохондроз позвоночника или, например, сколиоз, а возникающие на фоне этих заболеваний нарушения сегментарной, межпозвоночной подвижности.

Решаясь на проведение курса мануальной терапии, врач исходит не из причин заболевания или конкретного диагноза, а из анализа механизмов развития болезни, скрупулезно оценивая «заинтересованность» позвоночного столба.

Таким образом, можно выделить только одно показание к проведению мануальной терапии — ограничение подвижности в позвоночном сегменте («сегментарная гипомобильность», «функциональная блокада»).

Если предположение мануального терапевта о связи жалоб больного с состоянием его позвоночника было правильным, то проведенная мануальная терапия окажет быстрый и ярко выраженный лечебный эффект.

Следует учитывать в то же время, что подвижность в позвоночных сегментах (в суставах в целом) может изменяться в значительных пределах, что влияет на возможности мануального лечения.

А. Стодарт предложил очень удобную для практики классификацию степеней подвижности в суставах позвоночника и конечностей. Согласно этой классификации (ее учитывает и профессор К. Левит), можно выделить 5 таких степеней.

1-я степень — это полная неподвижность в сочленении, которая может быть обусловлена, например, воспалительным процессом. На этом фоне возможно даже исчезновение суставной щели между суставными



поверхностями. В таком случае нет никакой возможности для проведения ни манипуляций, ни мобилизаций.

2-я степень — это тяжелая «блокада» сочленения, когда на фоне выраженного болевого синдрома можно ощутить определенное «шевеление» в суставе. Такой случай дает возможность, хотя и трудную, для проведения тракций (вытяжений), мобилизаций и манипуляций.

3-я степень — это относительно легкая «блокада» суставов, которая создает ситуацию наиболее подходящую для использования мануальной терапии. Обоснованно проведенные манипуляционные приемы значительно ускоряют выздоровление пациента, принося ему облегчение подчас сразу же после первого сеанса.

4-я степень представляет собой нормальную суставную подвижность, когда мануальная терапия, естественно, не нужна.

5-я степень — сверхподвижность (гипермобильность) сочленений; в этом случае проведение мануальной терапии нежелательно.

Какой же должна быть тактика мануального терапевта с учетом представленных степеней суставной подвижности?

Наиболее оправдан подход чешско-словацкой школы мануальной терапии, которая рекомендует, используя методы физиотерапии, медикаментозное лечение и др., перевести тяжелые «блокады» суставов в «блокаду» 3-й степени, а затем применять в полном объеме приемы мануальной терапии. Другими словами, предлагается постепенно подключать массажные, тракционные приемы, мобилизации и далее манипуляции и постепенно, не насильственно, восстанавливать движение в суставах (сочленениях позвоночника).

Эта точка зрения импонирует своим бережным отношением к пациенту и уважением к самооздоравливающим способностям организма.

Конечно, опытный мануальный терапевт может попытаться ускорить выздоровление пациента и в условиях тяжелой «блокады». Этому способствует то обстоятельство, что степень «блокады» в различных направлениях движения сочленения может быть разной, т. е. на фоне «блокады» 2-й степени в направлении

бокового наклона влево может существовать «блокада» 3-й степени в направлении ротации вправо. Мануальный терапевт может провести манипуляционный прием в относительно свободном направлении, получив увеличение подвижности в обоих направлениях.

Ранее было отмечено, что для проведения мануальной терапии существует только одно показание — «функциональная блокада сочленения». Однако из дидактических соображений полезно привести перечень заболеваний, при которых встречается такое состояние двигательных сегментов позвоночника.

К заболеваниям шеи можно отнести: цервикокраниалгию (шейную мигрень); тригеминалгию; боли в глазных яблоках; невралгию затылочных нервов; сосудистые расстройства в вертебробазиллярном бассейне, в том числе нарушения координации, гипоталамические расстройства, функциональные расстройства слуха (шум, звон в ушах, снижение слуха); сосудистые расстройства в бассейне внутренней сонной артерии, в том числе функциональные расстройства зрения (сетка, туман перед глазами, экзофтальм, снижение остроты зрения, объема относительной аккомодации и т. д.); цервикалгию; цервикобрахиалгию; синдром передней лестничной мышцы, синдром плечелопаточного периартроза, эпикондилит, стилоидит, синдром плеча — кисть (Стейнброккера), ангиоспазм сосудов рук.

К заболеваниям грудного отдела позвоночника можно отнести: торокалгию; межреберную невралгию; лопаточно-реберный синдром; синдром передней грудной стенки; кардиалгию; псевдостенокардию; ишемическую болезнь сердца при вертеброкардиальном синдроме (хроническая коронарная недостаточность, стенокардия); а также вегетососудистые дистонии по гипо- и гипертоническому типу; абдоминалгию.

К заболеваниям поясничного отдела позвоночника можно отнести: люмбаго; люмбалгию в подострой и хронической стадиях; люмбосакралгию; люмбоишиалгию и ишиалгию в подострой и хронической стадиях; синдром грушевидной мышцы; синдром периартроза тазобедренного и коленного суставов; кокцигодинию; икроножный судорожный синдром; подошвенный синдром (жжение, боли в пятках, стопах).



Ортопедические расстройства. К ним относятся: ограничение движения всех отделов позвоночника (тугоподвижность); сколиотическая осанка у детей; сколиотическая болезнь I—II степени у детей в возрасте 3—14 лет.

Этот перечень приведен согласно данным профессора В. Г. Гойденко и В. В. Сувака, которые взяли за основу классификацию вертеброгенных заболеваний нервной системы И. П. Антонова.

Вместе с тем имеется много данных о благоприятном влиянии мануальной терапии и при многих других заболеваниях. Для примера, по данным профессора К. Левита, «блокады» шейных сочленений позвоночника выявлены у 90% детей, страдающих хроническим тонзиллитом. Проведение мануальных приемов, в частности на головных сочленениях (атлас — затылочная кость), достоверно снижало частоту рецидивов.

Положительные результаты приносит и включение мануальной терапии в комплекс лечения больных с заболеваниями легких и плевры (воздействие на сегменты C<sub>3</sub> — C<sub>4</sub> и Th<sub>3</sub> — Th<sub>10</sub>)\*, сердца (сегменты C<sub>3</sub> — Th<sub>8</sub>), печени и желчного пузыря (сегменты C<sub>3</sub> — C<sub>4</sub> и Th<sub>6</sub> — Th<sub>10</sub>), поджелудочной железы (сегменты Th<sub>7</sub> — Th<sub>9</sub>), желудка и 12-перстной кишки (сегменты Th<sub>8</sub> — Th<sub>4</sub>), толстой и тонкой кишок (сегменты Th<sub>11</sub> — L<sub>1</sub>), почек (сегменты Th<sub>11</sub> — L<sub>1</sub>)\*\*, половых органов.

Известная монография профессора К. Левита «Мануальная медицина», вышедшая в Лейпциге в 1983 г., содержит множество примеров из практики, убедительно подтверждающих широкие возможности мануального лечения.

В то же время, как и для любого другого метода лечения, существуют определенные противопоказания и для мануальной терапии, хотя проблема противопоказаний к проведению мануального лечения является до некоторой степени искусственной. Точнее было бы говорить о проблеме правильного выбора техники мануального приема. Так, при состояниях, решительно не

\* C — шейный позвонок, Th — грудной позвонок.

\*\* L — поясничный позвонок.

допускающих проведение ротации с противоудержанием, можно найти возможность облегчить страдания больного, например, легкой тракцией, постизометрической релаксацией и т. д.

Однако, принимая во внимание вред, который может принести неправильная оценка состояния больного, представляется необходимым перечислить те случаи, когда от применения мануальной терапии следует воздержаться.

**1. Противопоказания, обусловленные стадией остеохондроза позвоночника и соответствующей клиникой заболевания:** остеохондроз позвоночного столба III, B, B стадии; дисковая грыжа и разрыв фиброзного кольца; секвестрация дисковой грыжи. При следующих клинических проявлениях заболевания: дисковых миелопатиях; периферических парезах (параличах) мышц конечностей, нарушениях функций тазовых органов; атрофии мышц конечностей; массивных нарушениях чувствительности (ан- и гипестезии). А также другие спинальные и сосудисто-корешково-спинальные синдромы (встречаются при инсультах спинальных артерий, хронической миелопатии с синдромами передних рогов, боковых столбов спинного мозга и др.); окклюзия (закупорка) позвоночных артерий.

**2. Противопоказания, обусловленные сопутствующими заболеваниями:** опухоли позвоночного столба и спинного мозга; специфические и неспецифические инфекционные процессы позвоночного столба (туберкулезный спондилит, остеомиелит); острые и подострые воспалительные заболевания спинного мозга и его оболочек (миелит, менингит); травматические повреждения позвоночного столба, спинного мозга; ассимиляция (сращение) позвонков атласа (C<sub>1</sub>) и аксиса (C<sub>2</sub>); сколиоз свыше 3-й степени искривления позвоночного столба; оперированный позвоночный столб (спондилодез, ламинэктомия и т. д.); болезнь Шейермана-Мау; болезнь Бехтерева; нестабильность позвоночных сегментов 3-й стадии (спондилолистез: псевдо- и спондилолизный); острое нарушение мозгового и сердечного кровообращения (инсульт, инфаркт); выраженные поражения внутренних органов и систем (ранение, кровотечение, острые воспаления, язвенные перфорации и т. д.).



Перечень этих противопоказаний приведен согласно данным профессора В. С. Гойденко и В. В. Сувака. Те же авторы приводят случаи, когда мануальная терапия может быть использована, но требует от врача большой собранности и осторожности: остеохондроз III, А стадии; ревматизм в активной фазе; цервикобрахиалгия с явлениями кривошеи; резко выраженные люмбаго и люмбоишиалгия с явлениями анталгической позы и резким нарушением паравертебральных мышц; альтернирующий сколиоз; спондилолистез до 3-й стадии; врожденные аномалии развития (незаращение дужек позвонков, сакрализация, люмбализация и др.).

Мануальную терапию в этих случаях рекомендуется проводить на фоне комплексного лечения, включающего в себя физиопроцедуры, иглорефлексотерапию, новокаиновые блокады, медикаментозное лечение и др. — по показаниям.

Если мануальный терапевт недооценит тяжесть состояния своего пациента, не выявит своевременно существующие противопоказания, то проведение мануального приема может нанести больному большой вред.

Профессор В. Н. Шевага наблюдал за состоянием 40 больных, у которых мануальная терапия, выполненная без учета противопоказаний, привела к различным осложнениям. При этом у 6 больных развилось острое нарушение мозгового кровообращения с параличами конечностей и расстройством речи, у 17 — были отмечены нарушения функции спинного мозга в шейном или грудном отделе в результате его сдавления, у 15 — наблюдалось сдавление корешков конского хвоста с поражением функции тазовых органов, у 2 больных — ухудшение неврологической симптоматики с появлением нестабильности в позвоночном двигательном сегменте.

Таким образом, решаясь на проведение тех или иных манипуляционных приемов, врачи по мануальной терапии должны помнить о том, что они принимают на себя и моральную, и юридическую ответственность перед больным.

Среди прочих состояний, которые могут ограничивать применение мануальной терапии, следует выделить ревматоидный артрит.

По мнению известного английского ученого Джеймса Сирьякса, на фоне этого заболевания настолько часто наблюдается нестабильность шейных двигательных сегментов, что любая манипуляция угрожает повреждением спинного мозга. Этот же автор предостерегает от манипуляций у больных, получающих лечение антикоагулянтами (опасность кровоизлияний), стероидными препаратами (опасность разрежения костной ткани, остеопороза).

Большую практическую ценность имеют данные профессора В. П. Веселовского о соответствии уровня и объема проводимых манипуляций самооздоровляющим процессам в организме. В самом деле, на определенных стадиях заболевания (например, обострение остеохондроза позвоночника) изменения двигательного стереотипа больного носят приспособительный, компенсаторный характер. В этих условиях бездумное — «от копчика до затылка» — устранение функциональных «блокад» будет только задерживать темп выздоровления.

По мнению А. Б. Сителя — руководителя московского Центра мануальной терапии, беременность свыше 12 недель представляет собой противопоказание для проведения мануальной терапии.

Среди пациентов, обращающихся за помощью к мануальному терапевту, встречаются и больные с нарушениями психики, настаивающие на частом и продолжительном проведении процедур, что со временем приводит к значительному расслаблению связочного аппарата позвоночника и частым рецидивам болевого синдрома. Дело совести каждого мануального терапевта вовремя остановить такую «манипуляциоманию».

Ведущий английский специалист по мануальной медицине Джефри Мэйтланд полагает, что если пациент в силу каких-либо причин не в силах выполнять предписываемые ему мануальным терапевтом рекомендации по ограничению физических нагрузок, поддержанию правильной осанки и пр., то от лечения лучше отказаться, так как отсутствие положительного результата может дискредитировать специалиста.



## ТЕХНИКА ПРИЕМОВ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ, ВЫПОЛНЯЕМЫХ НА ШЕЙНОМ ОТДЕЛЕ ПОЗВОНОЧНИКА

### Техника приемов, выполняемых на мягких тканях шейного отдела позвоночника

#### *Прием для расслабления ременных мышц головы (рис. 1)*

**Показания.** Используется в качестве подготовки к проведению манипуляций на верхних позвоночных сегментах, а также как самостоятельный лечебный прием при болезненном миофиброзе затылочных порций ременных мышц головы. Эта патология часто развивается при остеохондрозе шейного отдела позвоночника, после травматических повреждений шеи, черепно-мозговых травм и проявляется тупыми ноющими болями в области затылка, причем боли часто иррадируют в височную область. Пассивные движения шеи при этом безболезненны, а разгибание и боковое сгибание шеи в пораженную сторону при сопротивлении пациента отчетливо болезненны.



Рис. 1.

**Исходное положение.** Пациент лежит на кушетке лицом вниз, опираясь лбом на небольшую подушку так, чтобы дыхание не было затруднено.

**Техника проведения.** Врач (мануальный терапевт, целитель) встает у изголовья, со стороны, противоположной поражению, надежно фиксируя голову пациента одной рукой. Указательный палец другой руки, отягощенный средним пальцем (см. рис. 1), врач помещает на пораженное место, которое обычно локализуется в месте вплетения сухожилий ременной мышцы головы в надкостницу затылочной кости. Затем производит растирание с давлением на указанную область, прижимая мышечные волокна к затылочной кости. При этом важно не вызвать резких болевых ощущений у пациента, которые могут усилить мышечный спазм. Прием проводится перемещением кисти и предплечья врача — назад и вперед — под углом примерно 45° к поверхности шеи пациента.

Прием может выполняться как самостоятельный в течение 20 мин, 2—3 раза в неделю в течение 2—4 недель. В качестве подготовки к мануальному воздействию обычно достаточно 5—10 мин.

#### *Прием для расслабления срединных порций ременных и полуостистых мышц головы (рис. 2)*

**Показания.** Используется в качестве подготовки к проведению манипуляций на верхних и средних позвоночных сегментах. Способствует подавлению мышечного спазма вокруг заблокированного позвоночного сегмента.

**Исходное положение.** Пациент лежит лицом вниз на кушетке, опираясь лбом на подушку, так чтобы дыхание не было затруднено.

**Техника проведения.** Врач встает лицом к голове пациента. Одной рукой он крепко фиксирует голову больного, а другую руку помещает на его шею. При этом 1-й палец этой руки кладет на область пораженного сегмента, а другие пальцы размещает (с целью противодействия) на противоположной стороне шеи. Следует избегать воздействия на волокна трапецевидной мышцы, которая при данной локализации повреж-





Рис. 2.

дения практически не влияет на объем движения шеи. Врач далее выполняет растирание подлежащих мышц 1-м пальцем, сохраняя неподвижными остальные пальцы и используя их как точку опоры. Растирание проводят энергичными (но не грубыми) движениями в лучезапястном суставе (сгибание — разгибание).

Продолжительность приема — около 10—15 мин, после чего сразу выполняют приемы мобилизации и манипуляции.

#### *Прием для совокупного расслабления мышц шейного отдела позвоночника (рис. 3)*

**Показания.** Используется в качестве подготовки к проведению манипуляций на любом уровне шейного отдела позвоночника. Ритмичный, глубокий антиспастический массаж производит хорошее расслабление всей мышечной массы шейного отдела позвоночника, облегчая последующие мобилизационные и манипуляционные приемы.

**Исходное положение.** Пациент лежит на кушетке на спине, в удобной позе, руки вдоль корпуса, под затылок желательно подложить маленькую (3—5 см толщиной) подушку. Врач стоит у изголовья.

**Техника проведения.** Врач помещает кисти обеих рук по обеим сторонам позвоночника на область внутренних углов лопаток. Пальцы кистей рук соединены.



Рис. 3.

Мягкими, вкрадчивыми движениями он начинает массаж, медленно, ритмично и глубоко «прорабатывая» лопаточные, ромбовидные, трапециевидные и подзатылочные мышцы. Таким образом, массаж начинается от внутренних углов лопаток и заканчивается у наружного затылочного выступа. Затем проводится легкая тракция головы.

Продолжительность приема — 5—10 мин, после чего сразу переходят к выполнению мобилизационных и манипуляционных приемов.

#### *Прием для совокупного расслабления мышц шейного отдела позвоночника в сочетании с ротацией головы (рис. 4)*

**Показания.** Используется в качестве подготовки к проведению манипуляций на уровне средних и нижних позвоночных сегментов. Может применяться как самостоятельный прием при кривошеях, четкой одно-сторонней локализации болевого синдрома, который часто наблюдается у машинисток, водителей, после сна в неудобном положении (например, с чересчур высокой подушкой) и т. д. Антиспастическое двустороннее воздействие данного приема хорошо подавляет (ингибирует) спазмированные мышцы, облегчает проведение манипуляций, особенно ротационных.



**Исходное положение.** Пациент лежит на спине, голова на подушке, лицо обращено к врачу, который стоит на стороне, противоположной поражению, на уровне грудной клетки пациента.

**Техника проведения.** Врач помещает одну руку на плечевой сустав больного, другую — на шею пациента и производит очень глубокий и медленный массаж, перемещая кисть этой руки с давлением от плечелопаточной области до затылка пациента. Движения выполняются ритмично, неторопливо, глубоко «прорабатывая» всю боковую массу шейных мышц и захватывая кивательную мышцу. В процессе движений за счет разнонаправленного давления обеих рук производится небольшое растяжение шейных мышц этой области. Завершают движения легкой боковой тракцией головы. Для проведения такой тракции, без изменения положения рук (кисть одной руки — над затылочной костью, кисть другой — на плечевом суставе) усиливают противодействие, отклоняя плечевой сустав книзу, вытягивая голову пациента вверх и вращая ее в сторону. Левая рука врача помещается на плечевой сустав пораженной стороны больного, а правая — на область шеи (и наоборот).

Продолжительность приема — 5—10 мин, после чего можно переходить к мобилизации или односторонней ротационной манипуляции.



Рис. 4.



Рис. 5.

### *Прием «собачка» по К. Левиту (рис. 5)*

**Показания.** Используется в качестве подготовки к проведению манипуляций на любом уровне шейного отдела позвоночника. Может применяться и как самостоятельный лечебный прием при болезненном миофиброзе шейной мускулатуры.

**Исходное положение.** Пациент лежит на кушетке лицом вниз, руки вдоль туловища, голова наклонена вниз, лоб опирается на маленькую подушку, так чтобы дыхание не было затруднено. Врач стоит на уровне шеи пациента со стороны, противоположной прилагемому воздействию.

**Техника проведения.** Пальцами обеих рук врач мягко захватывает мышцы задней поверхности шеи между 1-м и другими пальцами каждой руки. Прорабатывая захваченные мышцы, кисти рук перемещаются во взаимопротивоположных направлениях поперечно к оси позвоночника. Массаж начинается от 7-го шейного позвонка до затылочной кости. Продолжительность приема — 5—10 мин.

### *Прием «катания» головы (рис. 6)*

**Показания.** Используется в качестве подготовки к манипуляционному лечению, особенно в случае, когда планируются манипуляции с ротацией.





Рис. 6.

**Исходное положение.** Пациент лежит на спине в удобной позе, глаза закрыты, под головой небольшая подушка. Врач стоит на уровне шеи больного, со стороны, противоположной прилагаемому воздействию. Одну руку он помещает на лоб пациента, цепко (но не грубо!) захватывая голову, а другую руку устанавливает на противоположную сторону шеи. Врач плавно перекачивает правой рукой голову пациента из стороны в сторону, одновременно мягко «прорабатывая» пальцами левой руки все шейные позвоночные сегменты.

Прием выполняется в течение 5—10 мин.

### **Техника приемов ручного вытяжения, выполняемых на шейном отделе позвоночника**

*Тракционный прием,  
выполняемый двумя руками  
в положении больного сидя (рис. 7)*

**Показания.** Используется в качестве подготовки к проведению манипуляций на любом уровне шейного отдела позвоночника. Может использоваться как самостоятельный лечебный прием, когда проведение ма-

нипуляций не показано (например, некоторые формы вертебробазиллярной недостаточности у стариков, резкий болезненный мышечный спазм и др.).

**Исходное положение.** Больной удобно сидит на стуле без спинки, врач стоит вплотную к нему, локти кладет на его плечи, а ладони (областью тенара и гипотенара) чуть ниже ушных раковин пациента. Такое положение рук нацеливает прием преимущественно на верхние шейные сегменты. Если же опустить ладони немного ниже, зафиксировав их основанием поперечные отростки 2-го шейного позвонка, то тракционное усилие придется главным образом на нижние и средние шейные позвоночные сегменты.

Следует не забывать просить пациентку снять серьги, предупредить, что может деформироваться прическа и т. п.

**Техника проведения.** Из этого исходного положения врач начинает медленно сближать свои локти, как бы стараясь их сомкнуть, одновременно выдавливая, словно домкратом, голову пациента вверх. После неболь-



Рис. 7.



шой выдержки в достигнутом верхнем положении следует постепенное, плавное убывание усилия, при этом локти врача медленно расходятся.

Описанный прием можно усилить за счет увеличения амплитуды тракции, если встречное движение локтей врача одновременно и слитно дополняется разгибанием его туловища.

### *Тракционный прием, выполняемый одной рукой в положении больного сидя (рис. 8)*

**Показания.** Используется в качестве подготовки к проведению манипуляций на любом уровне шейного отдела позвоночника. Как самостоятельный прием применяется при противопоказаниях к проведению сгибательных и ротационных манипуляций. Позволяет развить значительное тракционное усилие.

**Исходное положение.** Больной свободно сидит на стуле без спинки. Врач стоит вплотную к нему и охва-



Рис. 8.

тывает его голову правой рукой, так чтобы подбородок пациента удобно опирался на локтевой сгиб (не давить на область трахеи!), а левой рукой фиксирует область затылка.

**Техника проведения.** Из этого исходного положения врач плавно начинает медленную тракцию по вертикальной оси, на высоте достигнутого усилия делает кратковременную паузу, и далее тракционное усилие постепенно убывает, врач медленно отпускает голову пациента, возвращаясь в исходное положение. Важно подчеркнуть, что в данном приеме участвует все туловище врача начиная с разгибания колен, а не работает один только бицепс.

### *Тракционный прием, выполняемый в положении лежа, вариант 1 (рис. 9)*

**Показания.** Используется в качестве подготовки к проведению манипуляций, как самостоятельный лечебный прием у пожилых больных, если ротационные и сгибательные манипуляции нежелательны.

**Исходное положение.** Пациент свободно лежит на кушетке лицом вверх. Если прием выполняется врачом без помощника, то ноги пациента согнуты в коленных суставах и голени свисают с края кушетки (в дальнейшем они помогают фиксации тела пациента). Если есть ассистент, то следует попросить его крепко (но не грубо!) удерживать ноги пациента за лодыжки, чтобы туловище не смещалось в ходе тракции. Врач находится у изголовья, удерживая голову пациента обеими руками: одной рукой — подбородок пациента, а другой — затылок. Колени врача слегка согнуты, стопы противопоставлены. Следить за тем, чтобы пол, а также обувь врача не были скользкими.

**Техника проведения.** Из этого исходного положения врач начинает плавно отклонять свой корпус назад, до тех пор, пока локти его не распрямятся и колени не разогнутся. Возможно даже еще большее отклонение корпуса с упором бедром одной ноги в кушетку и сгибанием колена отстоящей ноги. Когда врач ощущает расслабление шейной мускулатуры пациента и достаточную степень вытяжения, он выдерживает 2—3-секундную паузу и, медленно возвращаясь в исходное





Рис. 9.

положение, постепенно ослабляет прилагаемое к шее пациента усилие.

Прием повторяется около 5 раз.

### *Тракционный прием, выполняемый в положении больного лежа, вариант 2 (рис. 10)*

**Показания.** Используется в качестве подготовки к проведению манипуляций. Может использоваться как самостоятельный лечебный прием, когда противопоказаны сгибательные и ротационные приемы, а также как завершающий этап после манипуляций не только на шейном, но и на поясничном и грудном отделах позвоночника. Дает (при правильном, неагрессивном выполнении) хороший седативный эффект. Оказывает антиспастическое действие на паравертебральную мускулатуру вплоть до люмбосакрального сочленения.

**Исходное положение.** Пациент лежит на кушетке в удобном положении, лицом вверх, плечи его на уровне края кушетки. Голова пациента покоится затылком на соединенных руках врача. Ноги пациента на уровне лодыжек надежно фиксированы ассистентом или мягкими ременными петлями. Мягкий захват головы врач осуществляет путем сжатия ее внутренними поверхностями предплечий, которые старается сблизить в процессе тракционного усилия.



Рис. 10.

**Техника проведения.** Из этого исходного положения, используя указанный захват, врач начинает тракцию медленно, по нарастающей, отводя свой корпус назад. Обычно в ходе данного приема тракционное усилие наращивают во время вдоха и медленно ослабляют в фазе выдоха, в ритм с хорошо заметными дыхательными движениями ребер. 5—7 тракций обычно достаточно.

В конце сеанса тракцию завершают стимулирующим массажем шеи. Важно запомнить, что тракция может быть болезненна и даже принести вред, если врач не сохраняет постоянно ее направление вдоль горизонтальной оси.

### **Техника приемов постизометрической релаксации, выполняемых на шейном отделе позвоночника**

#### *Постизометрическая релаксация мышц в области верхних шейных сегментов (рис. 11)*

**Показания.** Используется как самостоятельный лечебный прием, а также как подготовка к проведению манипуляций у пациентов с болезненным миофибро-





Рис. 11.

зом подзатылочной области. Как самостоятельный прием показан у пожилых людей, когда невозможны манипуляционные приемы на верхних шейных сегментах.

**Исходное положение.** Пациент удобно сидит на кушетке (стуле без спинки), руки его свободно свисают вдоль туловища. Врач стоит вплотную к пациенту. Кисти обеих его рук расположены на затылке пациента, причем 1-е пальцы тесно прижаты к нижней боковой поверхности затылочной кости, 2-е и 3-и — к скуловой кости.

**Техника проведения.** Пациент принял исходное положение, врач предлагает ему выполнить легкое разгибание головы или только перевести взгляд вверх и глубоко вздохнуть (при этом автоматически совершается разгибание шеи). Врач осязает это движение как легкое давление на свои пальцы и оказывает ему адекватное сопротивление. Эта фаза изометрического напряжения продолжается примерно 10 с. Затем пациент должен перевести взгляд вниз и медленно выдохнуть, одновременно врач, подпирая своим корпусом голову и туловище пациента, плавно отклоняется назад. В это время важно не допустить сгибания всего шейного отдела позвоночника, а получить только кивательное движение в верхних шейных сегментах. Поэтому синхронно с отклонением своего корпуса врач мягко удерживает фиксирующими пальцами голову

пациента от чрезмерного наклона вперед. Эта фаза постизометрической релаксации продолжается также около 10 с.

Прием можно повторить 5—7 раз.

*Постизометрическая релаксация  
шейного отдела позвоночника  
в направлении бокового сгибания (рис. 12)*

**Показания.** Используется как подготовительный прием к проведению манипуляций на шейных сегментах позвоночника с использованием бокового сгибания. Возможно применение в качестве самостоятельного приема при общей тугоподвижности шеи, когда технически невозможно выполнить манипуляцию. Прием позволяет проводить относительно целенаправленное воздействие на различных уровнях шейного отдела.

**Исходное положение.** Пациент удобно сидит на кушетке (стуле без спинки), руки его свободно свисают



Рис. 12.



вдоль туловища. Врач стоит сзади пациента, вплотную к нему. Одна рука врача основанием ладони (между тенаром и гипотенаром) прижата на уровне, например, сегмента  $C_1 - C_2$ , с той стороны, где необходимо увеличить объем движения за счет релаксации сегментарных мышц, другая рука располагается поверх трапециевидной мышцы пациента, вплотную к его шее.

**Техника проведения.** Врач предлагает больному произвести легкое давление на руку, приложенную к релаксируемым шейным сегментам, одновременно он чутко осязает это давление и оказывает ему адекватное сопротивление. Синхронно другая рука врача оказывает мягкое давление на основание шеи. В зоне сегментов  $C_1 - C_2$  возникает изометрическая активация сегментарных мышц. Для потенцирования эффекта следует попросить больного сопроводить свое давление на ладонь врача медленным (около 7 с) вдохом и перемещением взора в сторону давления. Спустя 10 с от начала приема (7 с медленного нарастания и 3 с удержания давления) пациента просят расслабиться и выдохнуть (взор его перемещается в противоположном направлении). В зоне сегментов  $C_1 - C_2$  возникает постизометрическое расслабление. Врач осязает наступающую релаксацию (мышцы как бы «тают» под рукой) и производит нежное постепенное боковое сгибание шейного отдела позвоночника до первого ощущения сопротивления. Длительность этой фазы приема — также 10 с.

Прием повторяют 5—7 раз, начиная каждый раз с достигнутой границы свободного бокового сгибания.

### *Постизометрическая релаксация шейного отдела позвоночника в направлении ротации (рис. 13)*

**Показания.** Используется как подготовка к проведению манипуляций, особенно связанных с форсированной ротацией. Может использоваться как самостоятельный лечебный прием для пожилых больных с общей тугоподвижностью шеи.

**Исходное положение.** Пациент удобно сидит на кушетке, стуле без спинки и т. п. Врач стоит позади больного, обхватив одной рукой его голову, так чтобы

нижняя челюсть покоилась на локтевом сгибе и предплечье, а пальцы захватывали бы затылочную область. Другая рука врача опирается на трапециевидную мышцу пациента у основания шеи: подушечкой 1-го пальца этой руки он фиксирует боковую поверхность остистого отростка нижнего из позвонков того заблокированного шейного сегмента, на котором он будет проводить прием.

**Техника проведения.** Заняв исходное положение, врач мягко поворачивает, надавливая предплечьем на нижнюю челюсть, голову пациента в направлении ограниченного движения до ощущения малейшего сопротивления со стороны пациента (даже не до боли!). Достигнув границы свободного движения, он просит пациента выполнить легкое давление на предплечье своей руки в направлении противоположном заблокированному. Это легкое усилие пациент должен сопровождать перемещением взгляда в ту же сторону и медленным, глубоким вдохом (примерно 7 с), на глубине которого следует задержка дыхания (3 с). Достигнув



Рис. 13.



в течение 10 с фазы изометрической активности, врач предлагает пациенту расслабиться: медленно выдохнуть и переместить взор в направлении заблокированного движения. Так начинается фаза постизометрической релаксации. Теперь врач чутко осязает наступающее расслабление мышцы, медленно ротирует голову больного в направлении ограниченного движения, следуя «по пятам» за «тающими» мышцами. Важно помнить, что хотя в среднем продолжительность этой фазы составляет около 10 с, нельзя прерывать процесс релаксации, а следует бережно увеличивать ротацию до ощущения малейшего сопротивления со стороны больного. Врач как бы внимательно «выслушивает» тело пациента, «спрашивая» его, «можно ли еще чуть-чуть?». Получив отрицательный ответ, он немедленно прекращает дальнейшую ротацию, замечая вновь «отвоеванную» границу свободного движения. Из этого положения прием повторяется вновь.

Всего рекомендуется 5—7 повторений.

#### *Постизометрическая релаксация верхней части трапецевидной мышцы (рис. 14)*

**Показания.** Используется как самостоятельный лечебный прием при болезненном спазме, укорочении и миофиброзе волокон трапецевидной мышцы, что часто наблюдается у водителей, машинисток, лиц, выполняющих напряженную работу в сидячем положении. Может применяться и как прием, облегчающий дальнейшее манипуляционное лечение.

**Исходное положение.** Пациент удобно располагается на кушетке лицом вверх, руки свободно лежат вдоль туловища. Врач склоняется над пациентом с той стороны его шеи, движение в которую он хочет увеличить. При этом кистью одной руки врач фиксирует плечо больного на противоположной стороне, а кистью и предплечьем другой охватывает затылок пациента.

**Техника проведения.** Заняв исходное положение, врач бережно наклоняет голову пациента в свою сторону, насколько это возможно без малейшего сопротивления больного. Ощувив сопротивление, останавливается и предлагает пациенту выполнить медленный глубокий вдох (около 10 с) и перевести взгляд в сторону фиксирующей плечо руки. При этом автоматически



Рис. 14.

развивается изометрическая активация верхней части трапецевидной мышцы. Далее пациент, медленно выдыхая, расслабляется и переводит взгляд в противоположном направлении. Наступает фаза изометрического расслабления. В течение этой фазы (примерно 10—15 с) врач мягко тянет голову пациента на себя, чутко осязая мышечное расслабление и следуя за ним. Как только возникает ощущение мышечного сопротивления, прием следует закончить, при этом врач отмечает достигнутую границу свободного движения.

Повторить прием можно 5—7 раз, начиная каждый раз с вновь достигнутой границы свободного движения.

Прием можно дополнить сопротивлением против плечевого сустава пациента, предложив ему оказать легкое давление вверх на фиксирующую кисть врача. В таком случае в фазе релаксации следует одновременно с увеличением пассивного наклона головы пациента оттягивать его плечевой сустав вниз.

#### *Постизометрическая релаксация лестничной мышцы (рис. 15)*

**Показания.** Прием имеет большое самостоятельное значение при лечении так называемого «скаленус-синдрома», причем его эффективность вполне сопоставима



(при правильном исполнении) с новокаиновой блокадой этой мышцы. Известно, что лестничная мышца берет начало от 3—4-го позвонков и прикрепляется к 1-му ребру. Именно к нему и может прижиматься, в случае мышечного спазма, часть плечевого нервного сплетения, что вызывает характерную клиническую картину (боли, онемение в пораженной руке, снижение ее силы, трофические расстройства и пр.). Прием может быть также использован при подготовке к дальнейшим манипуляциям на уровне нижних шейных сегментов.

**Исходное положение.** Пациент удобно сидит на кушетке, руки его свободно свисают вдоль туловища. Врач стоит сзади пациента, вплотную к нему, подпирая своим корпусом его спину и плечевой сустав, на стороне которого предполагается оказать лечебное воздействие. Одной рукой врач фиксирует верхние ребра на этой же стороне, другой — разгибает и поворачивает в противоположном направлении голову пациента, кзади и латерально от пораженной мышцы, избегая малейшего сопротивления с ее стороны.



Рис. 15.

**Техника проведения.** Пациент и врач в исходном положении. Врач предлагает пациенту оказать легкое давление в направлении вперед и медиально на руку, фиксирующую голову, которая оказывает, в свою очередь, адекватное сопротивление. Это давление пациент должен сопровождать медленным глубоким вдохом и переводом взгляда в направлении давления. Синхронно с вышеописанным процессом другая рука врача, приложенная к ребрам пациента, также создает определенное сопротивление на вдохе. По истечении фазы изометрической активации мышцы (примерно 10 с) пациент одновременно расслабляется, выдыхает и переводит взгляд в противоположную сторону. Врач использует наступившую фазу постизометрического расслабления, чтобы несколько усилить давление на голову пациента, стараясь, насколько позволит «таяние» мышцы, увеличить разгибание головы назад вниз, сохраняя исходную ротацию. При появлении ощущения малейшего сопротивления прием прекращается.

Повторить его можно 5—7 раз, начиная с вновь «отвоеванной» границы свободного движения.

### *Постизометрическая релаксация кивательной мышцы (рис. 16)*

**Показания.** Прием как самостоятельный может использоваться при лечении болезненных спазмов кивательной мышцы, которые сопровождаются сдавлением добавочного нерва, слабостью трапецевидной мышцы, другими болезненными проявлениями в области шеи. Иногда такое состояние сопровождается вторичным напряжением подключичной порции большой грудной мышцы.

**Исходное положение.** Пациент удобно лежит на спине на кушетке, руки вдоль туловища. Плечи пациента расположены на уровне края кушетки так, что голова и шея могут свободно свисать вниз. При этом они повернуты таким образом, чтобы спазмированная кивательная мышца находилась сверху. Врач стоит в изголовье, подстраховывая снизу ладонью одной руки голову пациента, а пальцами другой руки опирается на область скуловой дуги пациента.





Рис. 16.

**Техника проведения.** Заняв исходное положение, врач осторожно убирает подстраховывающую руку, позволяя голове пациента занять максимально возможное положение в разгибании; ротация головы при этом сохраняется. Затем он предлагает пациенту оказать очень легкое давление на свою другую руку, которая оказывает адекватное сопротивление. В мышце развивается изометрическая активность, ее можно потенцировать, если предложить пациенту сопроводить процесс повышения давления глубоким вдохом и перемещением взора в направлении этого давления. Спустя примерно 10 с пациент должен выдохнуть и расслабиться, сопровождая наступление релаксации перемещением взора в противоположную сторону. В течение наступающей постизометрической релаксации врач усиливает свое давление пальцами на скуловую дугу пациента, увеличивая разгибание головы в том же положении ротации. Длительность этой фазы — около 10 с. При ощущении вновь появившегося сопротивления прием прекращают.

Повторять прием следует от вновь достигнутой границы свободного безболезненного движения, 5—7 раз.

### Техника приемов мобилизации шейного отдела позвоночника

*Мобилизация шейного отдела позвоночника  
в положении больного сидя (рис. 17)*

**Показания.** Используется в качестве подготовки к проведению последующих манипуляционных приемов, как самостоятельный прием при лечении больных, которым нежелательно выполнение собственно манипуляций на шее (пожилые люди, пациенты с неврозами, вегетативно-сосудистыми кризами и др.).

**Исходное положение.** Пациент удобно сидит на ку-



Рис. 17.



шетке (табурете и т. п.), руки его свисают вдоль туловища. Врач стоит сбоку от пациента, одна его рука захватывает голову больного таким образом, чтобы подбородок удобно покоился в локтевом сгибе, кисть руки своим локтевым краем плотно прилегает к верхнему позвонку мобилизуемого сегмента (например, С<sub>3</sub>). Другая его рука вилкой из 1-го и 2-го пальцев тесно обхватывает арку нижележащего позвонка (С<sub>4</sub>). Кисти рук, следовательно, приложены вплотную друг к другу, между ними нет промежутка.

**Техника проведения.** Заняв исходное положение, врач выполняет небольшую тракцию головы пациента в своем локтевом сгибе (не надавливая на трахею больного). Далее, сохраняя это легкое тракционное усиление, он выполняет движения в мобилизуемом сегменте, смещая вышележащие позвонки (до С<sub>3</sub> включительно) относительно нижележащего (С<sub>4</sub>). Смещения производятся последовательно в боковых, переднезаднем направлениях, а также в ротационных. Повторить смещение в каждом направлении можно 10 раз. Необходимо обратить внимание, что смещения в первых двух вышеуказанных направлениях, называемые «суставной игрой», в норме отсутствуют и не могут быть воспроизведены пациентом самостоятельно, однако их отсутствие нарушает функцию сустава. Амплитуда «суставной игры» незначительна, но относительно больше она в сегменте С<sub>2</sub> — С<sub>3</sub>, чем в сегменте С<sub>6</sub> — С<sub>7</sub>.

#### *Мобилизация шейного отдела позвоночника с помощью бокового наклона в положении больного лежа (рис. 18)*

**Показания.** Используется в качестве подготовки к проведению манипуляций в направлении бокового сгибания; как самостоятельный прием, если невозможно (по техническим условиям или вследствие противопоказаний) выполнить манипуляционный толчок.

**Исходное положение.** Больной удобно располагается на кушетке, руки свободно лежат вдоль туловища. Плечи пациента находятся на уровне края кушетки, голова и шея лежат на бедре врача. Врач склоняется над головой пациента и захватывает своей одной рукой его затылочную и теменную области, а другую



*Рис. 18.*

располагает с той стороны шеи, в которую будет выполняться боковой наклон, причем основание указательного пальца плотно прижато к поперечному отростку нижнего позвонка выбранного сегмента.

**Техника проведения.** Из исходного положения врач одной рукой производит боковой наклон головы с синхронным давлением в области приложения другой руки.

Прием выполняют 5—10 раз, ритмизируя с дыханием пациента (на выдохе).

#### *Мобилизация шейного отдела позвоночника с помощью ротации в положении больного лежа (рис. 19)*

**Показания.** Используется в качестве подготовки к проведению манипуляций в направлении ротации. Может применяться как самостоятельный лечебный прием, когда пациенту в силу противопоказаний не может быть применен манипуляционный толчок.

**Исходное положение.** Пациент удобно располагается на кушетке лицом вверх, руки его свободно лежат вдоль туловища, плечи находятся на краю кушетки, голова и шея опираются на бедро врача. Врач склоняется над головой пациента и захватывает ее одной рукой так, чтобы подбородок и нижняя челюсть опира-





Рис. 19.

лись на кисть и предплечье врача. 1-й палец другой руки врач плотно прижимает в угол между поперечным отростком и аркой верхнего позвонка выбранного сегмента.

**Техника проведения.** Из исходного положения врач осуществляет ротацию головы одной рукой и одновременно мягкое, но энергичное давление в зоне приложения другой руки.

Прием выполняют 5—10 раз, ритмизируя с дыханием пациента (на выдохе).

### *Мобилизация шейного отдела позвоночника с использованием приема «лестница» в положении больного лежа (рис. 20)*

**Показания.** Используется в качестве подготовки к последующим манипуляционным приемам, позволяет хорошо «проработать» каждый отдельный сегмент. Может применяться как самостоятельный лечебный прием, если есть ограничения к выполнению манипуляций с использованием толчка.

**Исходное положение.** Пациент удобно лежит на кушетке, руки расположены свободно вдоль туловища, плечи на уровне края кушетки, шея и голова опираются на бедро врача. Врач склоняется над изголовьем, захватывает обеими руками голову пациента, прикла-



Рис. 20.

дывая основания указательных пальцев в области углов между поперечными отростками и аркой одного позвонка.

**Техника проведения.** Заняв исходное положение, врач попеременно оказывает давление в зоне контакта указательного пальца каждой руки, одновременно с помощью другой руки усиливая боковое сгибание, после чего перемещает руки на нижележащий позвонок. Следует помнить, что давление в месте приложения указательного пальца потенцируется участием движений бедра и корпуса врача. Для прицельной мобилизации конкретного шейного сегмента указательные пальцы помещаются на соседние позвонки, причем нижний палец выполняет фиксирующую функцию, а в зоне контакта верхнего пальца прикладывается давление, смещающее вышележащий позвонок в направлении бокового сгибания.

Прием можно повторить 5—10 раз на каждом шейном сегменте.

### *Мобилизация сочленения «затылок-атлас» с использованием кивательного движения вперед в положении больного лежа (рис. 21)*

**Показания.** Используется в качестве подготовки к проведению манипуляций на головных суставах, а также в качестве самостоятельного лечебного при-





Рис. 21.

ема, когда использование манипуляционного толчка нежелательно.

Следует подчеркнуть, что вызываемые при выполнении данного и ранее описанных приемов мобилизации головных суставов движения не могут быть в норме воспроизведены пациентом. В то же время возможность их проведения при пассивном тестировании, а также восстановлению в процессе лечения является непременным условием нормального функционирования головных сегментов.

**Исходное положение.** Пациент удобно располагается на спине, руки свободно лежат вдоль туловища. Плечи пациента находятся на уровне края кушетки, шея и голова опираются на бедро врача. Мануальный терапевт захватывает голову пациента двумя руками. Одна его рука подходит под затылком пациента, подпирая вилкой из двух пальцев — 1-го и 2-го — заднюю дугу атласа (C<sub>1</sub>), другая рука опирается на лоб пациента.

**Техника проведения.** Врач давит рукой слегка на лоб больного, вызывая легкое кивательное движение (не сгибание шеи!) головы вперед. Амплитуда этого движения невелика, а при имеющемся поражении («блокаде») сегмента может вообще отсутствовать. Однако врач пытается получить это движение, мягко «расшатывая «блокированный» сегмент.

Прием повторить 10 раз.

### Мобилизация сочленения «затылочная кость-атлас» с использованием кивательного движения назад (рис. 22)

**Показания.** Аналогичны описанному в последнем приеме.

**Исходное положение.** Пациент удобно лежит на кушетке, шея и голова его поддерживаются бедром врача. Врач захватывает голову больного двумя руками: одна рука вилкой из двух (1-го и 2-го) пальцев фиксирует заднюю дугу атласа (C<sub>1</sub>), а другая захватывает кистью подбородок больного.

**Техника проведения.** Врач мягко, но энергично смещает на себя и несколько вверх подбородок пациента, вызывая кивательное движение (не разгибание шеи!) головы назад. Амплитуда этого движения мала, а в случае функционального повреждения сочленения («блокады») может вообще отсутствовать. В этом случае врач ощущает вместо присущего норме пружинистого ограничения движения достаточно жесткое сопротивление своему усилию. Поэтому он пытается восстановить движение в сочленении «затылочная кость-атлас» путем выполнения серии повторений описанного приема — примерно 10 раз.



Рис. 22.



Прием может быть изменен за счет расположения радиальных краев обоих указательных пальцев врача на задней дуге атласа ( $C_1$ ) пациента, 1-е пальцы прилагаются вдоль ветвей нижней челюсти, а ладони — на область висков. Кивательное движение головы кзади достигается сгибанием кистей врача на себя и усилием давления ладоней и больших пальцев.

*Мобилизация сочленения «затылок-атлас»  
с использованием  
кивательного движения в сторону  
(рис. 23)*

**Показания.** Аналогичны описанным в двух предыдущих приемах.

**Исходное положение.** Пациент удобно располагается на кушетке лицом вверх, руки его свободно лежат вдоль туловища, плечи расположены на уровне края кушетки, голова и шея опираются на бедро врача. Двумя руками врач захватывает голову пациента, при этом оба первых пальца прикладываются к ветвям нижней челюсти, а радиальные края указательных пальцев — на сосцевидные отростки и затылочную кость. Далее проводится полная ротация головы в сторону, на которую нужно воздействовать. Важно сле-



Рис. 23.

дить, чтобы голова находилась на одной оси с шеей и телом пациента.

**Техника проведения.** Заняв исходное положение, врач оказывает одной своей рукой сверху давление на область ветви нижней челюсти, сосцевидный отросток, затылочную кость. Это давление передается на перечисленные костные структуры пациента через вилку, образованную 1-м и 2-м пальцами (радиальный край), которая смещает их вниз и к противоположной теменной кости. Радиальный край кисти другой руки, которая приложена снизу к основанию затылочной кости, наоборот передает давление в краниальном направлении, равно как и к противоположной теменной кости. Важно помнить, что движения обеих рук должны быть синхронны. Амплитуда получаемого кивательного движения в сторону в сочленении «затылочная кость — атлас» всего несколько градусов. В норме ощущается характерное пружинистое ограничение дальнейшей подвижности сочленения, а также образование под мочкой уха кожной складки (место проекции поперечного отростка атласа). При «блокаде» кивательное движение в сторону может отсутствовать, чувствуется жесткое сопротивление, кожная складка не образуется. В этом случае врач пытается «разработать» сочленение серией мягких повторений описанного приема — 10—15 раз.

*Мобилизация сочленения  
«атлас-аксис» ( $C_1—C_2$ )  
с использованием  
кивательного движения в сторону  
(рис. 24)*

**Показания.** Аналогичны описанным в последних трех приемах.

**Исходное положение.** Пациент удобно располагается на кушетке лицом вверх, руки его свободно лежат вдоль туловища, плечи находятся на уровне края кушетки, шея и голова — за ее пределами, опираются на бедро врача, который захватывает голову пациента двумя руками, причем оба указательных пальца прикладываются на заднюю дугу атласа. Кивательное





Рис. 24.

движение в сочленении вызывается давлением одной из ладоней врача на височную область, причем ни в коем случае нельзя допускать бокового наклона шейного отдела. Давление ладони создается главным образом за счет перемещения бедер и корпуса врача. При выполнении кивательного движения налево «прорабатывается» правая сторона сочленения, и наоборот.

Для правильного ориентирования следует мысленно провести вертикальную ось через корень носа, которая и будет служить осью, вокруг которой совершается движение головы.

В случае функционального повреждения сочленения («блокады») вместо характерного для нормы ощущение пружинистого ограничения движения появляется чувство жесткого сопротивления давлению. Врач может попытаться восстановить кивательное движение в сторону в сочленении серией, повторив описанный прием 10—15 раз.

## Техника манипуляционных приемов, выполняемых на шейном отделе позвоночника

*Манипуляция на шейном отделе позвоночника  
с помощью прицельной тракции  
и сопровождения  
в положении больного лежа (рис. 25)*

**Показания.** Может использоваться при функциональных поражениях шейных сегментов («блокадах») на любом уровне, включая и головные сочленения, причем она применима и в том случае, когда имеющаяся гипомобильность сопровождается ощущением жесткого сопротивления, и в случае мягкой границы ограничения движения. Эта манипуляция позволяет достичь хорошего мышечного расслабления пациента. Она относится к типу манипуляций сопровождения (от нем. *mitnehmen* — брать с собой), т. е. сегмент, на котором проводится прием, «открыт» снизу, что позволяет выполнить прием более комфортно для пациента. Кроме того, эта манипуляция имеет целью дистракцию суставной щели и является поэтому более щадящей формой толчковых манипуляций, их обычно рекомендуется проводить первыми. У пациентов со скрытой формой вертебробазиллярной недостаточно-



Рис. 25.



сти, возможными явлениями остеохондроза, у пожилых больных эта группа манипуляций часто является единственно возможной.

**Исходное положение.** При проведении манипуляций в положении лежа пациент удобно укладывается на кушетку, его руки свободно лежат вдоль туловища. Плечи пациента находятся на уровне края кушетки, шея и голова опираются на бедро врача, который стоит несколько сбоку в изголовье пациента. Однако для правильного проведения манипуляций важно, чтобы ось головы и шеи пациента находилась в одной плоскости с его туловищем, т. е. продольно. Поэтому для более надежной фиксации головы больного врач садится на кушетку, как на коня, укладывая голову больного на бедро впереди расположенной ноги и разворачивая свой корпус в этом же направлении. Далее врач захватывает голову больного одной рукой так, чтобы она покоилась на его предплечье, а пальцы обхватывали его подбородок. Другая рука с помощью основания указательного пальца образует тесный контакт сразу за поперечным отростком верхнего позвонка «блокированного» шейного сегмента в месте соединения суставной площадки и задней дуги. При этом врач минимально сгибает голову пациента на сторону этой контактирующей руки, наклоняет так, чтобы радиальный край указательного пальца не соскальзывал с выбранного поперечного отростка.

Несколько иное исходное положение врач занимает, если помимо разделения сочленяющихся поверхностей необходимо увеличить и боковой наклон в «блокированном» сегменте. В этом случае он выполняет боковое сгибание головы пациента в направлении вверх, к себе, до тех пор, пока не ощутит вершину этого сгибания точно под своим контактирующим указательным пальцем.

Исходное положение в этом случае отличается от предшествующего исключительно некоторым усилением бокового сгибания. Важно помнить, что голова при этих приемах только незначительно ротируется, за исключением сегмента «затылочная кость-атлас» (рис. 25, а).

При выполнении манипуляции на этом уровне радиальный край указательного пальца контактирует с сосцевидным отростком височной кости, а голова,



Рис. 25 а.

как было отмечено, ротируется при помощи другой руки, лицом от врача. Целью такой ротации является «замыкание» сочленения «атлас-аксис» и его защита. Степень ротации все же не должна быть полной, так как в этом случае вовлекаются каудально расположенные сегменты шейного отдела. Наклон головы пациента в сторону контактирующей руки сохраняется минимальным. Запястье этой руки расположено в продолжении продольной оси контакта, а при положении врача сидя не только запястье, но и предплечье.

И наконец, подобная манипуляция может быть выполнена на сочленении «атлас-аксис» (рис. 25, б). В этом случае исходное положение несколько изменяется. Чтобы достичь целенаправленной дистракции (разделения суставных поверхностей) и устранить «блокаду» в сочленении  $C_1 - C_2$ , надо создать «замыкание» в сочленении «затылочная кость-атлас». Этого можно достичь комбинацией легкого наклона головы к врачу и очень небольшой ротации лицом в противоположную сторону. Основание указательного пальца перемещается на дугу атласа ( $C_1$ ) и его поперечный отросток. Запястье врача (по возможности и предплечье) находятся по продольной оси тракции. Как и в предыдущем приеме, врач должен избегать разгибания головы больного из-за возможности приступа головокружения.





Рис. 25 б.

**Техника проведения.** Если врач занял исходную позицию для тракционной манипуляции — без бокового сгибания, то после мобилизующего эластичного тракционного движения он переходит к образованию преднапряжения в шейном сегменте, а затем (в фазе выдоха больного) выполняет манипуляционный толчок с помощью обеих рук в направлении тракции (конечно, акцентированное усилие прикладывается с помощью контактирующей руки).

Если же врач занял исходную позицию для тракционной манипуляции в сочетании с боковым наклоном головы больного, то после серии эластичных мобилизующих движений в направлении тракции он создает преднапряжение в сегменте, за которым (на выдохе больного) врач выполняет манипуляционный толчок. Этот толчок акцентируется контактирующей рукой в направлении к противоположной стороне шеи и краниально, т. е. выполняется почти диагонально (в плоскости разделяемых суставных поверхностей). Другая рука врача синхронно проводит тракцию. Таким образом, на ее фоне и осуществляется форсированный боковой наклон.

Аналогичным образом в фазе выдоха пациента, после серии эластичных мобилизующих тракционных движений и создания преднапряжения в соответствующем исходном положении, выполняются прицельные тракционные манипуляции на головных сегментах

(«затылочная кость-атлас», «атлас-аксис»). Прилагаемое тракционное усилие на этом уровне должно быть относительно небольшим.

*Манипуляция на сочленении  
«затылочная кость-атлас» с помощью  
ротации, тракции и противоудержания  
в положении больного сидя (рис. 26)*

**Показания.** Используется при «блокировании» вращения в сочленении «затылочная кость-атлас». Вообще, вопрос о возможности вращательного движения в этом сегменте довольно спорный. Многие специалисты отрицают его возможность (в том числе исходя из результатов специальных киносъемок), другие допускают его в пределах пяти градусов. В практическом плане необходимо учитывать клинически описанную К. Левитом «конечную ротацию атласа». Это означает, что при точной пальпации поперечного отростка



Рис. 26.



атласа и установке головы в положение максимальной ротации можно все-таки почувствовать некоторое пружинящее движение атласа. Отсутствие же такого пружинящего движения является, по К. Левиту, указанием на «блокаду» в верхних головных суставах.

На этом фоне возможно возникновение острых или хронических болей в области затылка, распространяющихся до межлопаточной области. При ощупывании выявляются болевые точки в области затылочной кости и атласа, спазм подзатылочных мышц, возможны вегетативные симптомы, в частности несистемное головокружение. Именно поэтому данный мануальный прием не показан больным с вертебробазиллярной недостаточностью, которым подходят более щадящие техники (например, тракционные). Противопоказан массаж воротниковой зоны.

**Исходное положение.** Часть манипуляционных техник на головных суставах идентична приемам их обследования и мобилизации, например таким, где используется боковое кивательное движение затылочной кости по отношению к атласу, кивательные движения кпереди и кзади в этом же сочленении.

Другие прицельные технические приемы манипуляций на этом участке позвоночника являются производными от ручных захватов, использующихся и для остального шейного отдела позвоночника, в том числе и данный прием. Итак, для проведения ротационной манипуляции на атлanto-затылочном сочленении с противоудержанием пациент удобно сидит на кушетке, руки его свободно свисают вдоль туловища. Врач стоит сзади и несколько сбоку пациента, вплотную к нему. Одной рукой он обхватывает голову пациента, чтобы подбородок покоился в локтевом сгибе, а кисть захватывала часть височной области на противоположной стороне. Другой рукой, с помощью большого пальца, он фиксирует (не нажимать сильно!) поперечный отросток атласа спереди (вентрально). Можно изменить прием, при этом допускается захват кистью одной руки до уровня основания затылочной кости (там располагаются 5-й и 4-й пальцы), в то время как другая рука фиксирует заднюю дугу атласа вилкой из указательного и большого пальцев.

**Техника проведения.** Заняв исходную позицию, врач просит больного опереться спиной на его корпус и сде-

лать грудной кифоз (сесть «грузно»). Одновременно проводится легкая тракция головы. Далее врач проводит умеренную ротацию головы пациента в легком переднем наклоне, усиливает тракцию, достигает преднапряжения и проводит манипуляционный толчок, который выполняется в тракционном направлении, по продольной оси, а не в ротации.

Для удачного выполнения приема необходимо, чтобы пациент не напрягался, поэтому контакт большого пальца на вентральной поверхности поперечного отростка атласа (между ветвью нижней челюсти и соцевидным отростком) должен вначале еле ощущаться (из-за болезненности). Крепкая фиксация с помощью большого пальца (противоудержание) выполняется поэтому одновременно с манипуляционным толчком в тракционном направлении.

### *Манипуляция на сочленении «атлас-аксис» с помощью ротации и противоудержания в положении больного сидя (рис. 27)*

**Показания.** Используется при «блокировании» врача в сочленении «атлас-аксис», причем для ее проведения важно, чтобы выявленная гипомобильность сочленения сопровождалась ощущением жесткой границы движения. На фоне такой «блокировки» возмож-



Рис. 27.



но выявление при ощупывании болезненных точек в области затылочной кости, головных позвонков (С<sub>1</sub>, С<sub>2</sub>). Возможно возникновение острых и хронических болей в подзатылочной области с распространением на межлопаточный регион. При пальпации может выявляться также спазм и напряжение подзатылочных мышц. Возможны вегетативные симптомы, в первую очередь головокружения. В этом случае от проведения данной манипуляции лучше отказаться, заменив ее техниками постизометрической релаксации (но не массажем воротниковой зоны!), а также тракционными манипуляциями.

**Исходное положение.** Исходное положение, нужное для этой манипуляции, подходит и для остальных отделов позвоночника, когда используется техника с противоудержанием. Пациент удобно садится на кушетке, руки его свисают вдоль туловища, врач стоит позади и несколько сбоку пациента, вплотную к нему. Одной рукой он обхватывает голову больного, захватывая кистью его затылок и подзатылочную область (4-й или 5-й палец плотно прижат к задней дуге атласа), другой рукой вилкообразно фиксирует нижний позвонок сегмента (С<sub>2</sub>) с целью противоудержания. Для этого 1-й палец устанавливается против остистого отростка аксиса, а 2-й палец — на заднюю дугу и поперечный отросток этого позвонка.

**Техника проведения.** Заняв исходное положение, врач предлагает больному опереться спиной на его корпус, несколько отклоняется назад, сгибает туловище пациента и выполняет легкий наклон его головы вперед. Затем врач проводит ротацию головы пациента к «блокированной» стороне; тракцию и ротацию головы он увеличивает на выдохе больного и этим достигает преднапряжения. В конце выдоха выполняется манипуляционный толчок в тракционном и ротационном направлениях. Для успешного выполнения приема нужно удержать без движения нижний позвонок сегмента (аксис). Это достигается в момент выполнения манипуляционного толчка усилением фиксации кончиком большого пальца остистого отростка С<sub>2</sub> в противоположном направлении, т. е. противоудержанием (от нем. gegenhalten).

### *Манипуляция на шейном отделе позвоночника с использованием бокового наклона и сопровождением в положении больного лежа (рис. 28)*

**Показания.** Выявление функциональных повреждений («блокад») в шейных сегментах от С<sub>2</sub>, 3 до С<sub>6</sub>, 7, преимущественно в направлении ограничения бокового наклона. При этом обнаруженная в конкретном сегменте гипомобильность сопровождается ощущением четкой границы пассивного движения головы и шеи пациента, после которой отмечается жесткое сопротивление. На этом фоне возможно возникновение болей, которые могут быть локальными, а также носить псевдорадикакулярный характер, распространяясь в руку и в межлопаточную область. Пальпация выявляет ирритационные зоны, соответственно пораженным шейным сегментам.

**Исходное положение.** Пациент лежит на кушетке лицом вверх, руки его свободно расположены вдоль туловища. Плечи на уровне края кушетки, шея и голова опираются на бедро врача, который стоит в изголовье. Врач захватывает голову больного одной рукой так, что теменная область покоится на предплечье и локтевом сгибе, а кистью этой же руки обхватывает подбородок (пальцы под подбородком). Основанием



Рис. 28.



указательного пальца другой руки он плотно прижимается к поперечному отростку верхнего позвонка двигательного сегмента, над его задней дугой. Запястье и предплечье располагаются по оси описанного контакта указательного пальца. Угол наклона предплечья врача должен соответствовать плоскости расположения суставных поверхностей шейного сегмента и составлять примерно  $45^\circ$ .

**Техника проведения.** Заняв исходное положение, врач проводит ротацию, боковой наклон и наклон головы вперед с целью «замыкания» вышележащих сегментов. При достижении преднапряжения, ощущаемого под указательным пальцем, на выдохе пациента проводится манипуляционный толчок указательным пальцем, причем его направление совпадает с плоскостью суставных поверхностей. Этот толчок должен исходить из плечевого сустава врача, а не выполняться только кистью. Синхронно проводится тракция головы пациента по продольной оси шейного отдела.

*Манипуляция на шейном отделе позвоночника с использованием ротации и сопровождения в положении больного лежа (рис. 29)*

**Показания.** Выявление функциональных повреждений («блокад») в шейных сегментах от  $C_2$  —  $C_3$  до  $C_4$  —  $C_7$ , преимущественно в направлении ограничения ротации. В остальном идентично описанию предыдущего приема.

**Исходное положение.** Пациент удобно располагается на кушетке, аналогично исходному положению предыдущего приема. Врач стоит в изголовье, одной рукой захватывает голову пациента (т. е. помещая голову на предплечье и локтевой сгиб), а кистью этой же руки обхватывает снизу подбородок. Другая рука прикладывается либо основанием указательного пальца, либо подушечкой 1-го пальца за поперечный отросток вышележащего позвонка, над его задней дугой и суставным отростком. Поскольку манипуляция выполняется с использованием ротации, угол расположения предплечья по отношению к шее больного увеличивается.



Рис. 29.

**Техника проведения.** Заняв исходное положение, врач производит «замыкание» вышележащих сегментов с помощью ротации, бокового наклона и наклона головы вперед так, чтобы результирующее усиление концентрировалось бы в месте контакта указательного (или большого) пальца с верхним позвонком выбранного шейного сегмента. По достижении преднапряжения (и в конце выдоха пациента) он синхронно осуществляет тракцию головы и манипуляционный толчок в направлении ротации с помощью контактирующей руки.

*Манипуляция на шейном отделе позвоночника с помощью ротации и противоудержания в положении больного лежа (рис. 30)*

**Показания.** Те же, что и в последних двух приемах. Необходимо еще раз отметить, что манипуляции с применением противоудержания обладают следующим преимуществом: за счет фиксации нижнего позвонка двигательного сегмента, не допускающей его смещения в сторону манипуляционного толчка, манипуляционное воздействие ограничивается только одним сегментом (т. е. манипуляция «закрывается» снизу). К недостаткам техник данного вида относится их опре-





Рис. 30.

деленная жесткость, что не всегда комфортно для пациента, а также опасность повреждения двигательного сегмента при неумелом, неграмотном проведении приема.

**Исходное положение.** То же, что и в последних двух приемах. Врач захватывает подбородок пациента своей кистью, в то время как другая кисть крепко фиксирует нижний позвонок двигательного сегмента указательным и большим пальцами.

**Техника проведения.** Из этого исходного положения врач проводит боковой наклон головы пациента влево и ротацию вправо, используя небольшое сгибание головы вперед (10—15°). Для формирования наклона головы вперед можно подложить под затылок подушку. Комбинация бокового наклона головы и ротации в разноименных направлениях на фоне небольшого сгибания ее вперед приводит к «замыканию» за счет натяжения связочного аппарата верхних шейных двигательных сегментов. Врач должен научиться чувствовать, когда достигаемое комбинацией движений натяжение будет максимально концентрироваться на уровне вышележащего позвонка. По достижении преднатяжения в конце выдоха пациента он проводит манипуляционный толчок, который представляет собой мелкоамплитудное, кратковременное усиление ротации за счет легкого перемещения подбородка больного в этом направлении.

*Манипуляция на шейном отделе позвоночника с использованием ротации и противоудержания в положении больного сидя (рис. 31)*

**Показания.** Те же, что и в последних трех приемах.

**Исходное положение.** Пациент удобно сидит на кушетке, руки свободно свисают вдоль туловища. Врач находится позади пациента и несколько сбоку. Одной рукой он захватывает голову пациента («кэтч — захват», по К. Левиту, при этом следить, чтобы не затруднить дыхание больному), причем его кисть обнимает подзатылочную область и шею, а 4-й или 5-й палец плотно прижат к верхнему позвонку выбранного шейного сегмента. Подбородок больного покоится в локтевом сгибе этой руки. Свою другую руку врач использует для надежной фиксации нижнего позвонка двигательного сегмента. Это достигается прикладыванием подушечки большого пальца к остистому отрост-



Рис. 31.



ку шейного позвонка со стороны, противоположной направлению ротации. Допустима также фиксация этого позвонка с помощью вилкообразно расположенных пальцев — 1-го и 2-го.

**Техника проведения.** Заняв исходное положение, врач приближает к своему корпусу корпус пациента, причем придает ему слегка согнутое положение, одновременно легко наклоняя голову пациента вперед. Затем он проводит ротацию головы таким образом, чтобы прилагаемое усилие концентрировалось бы непосредственно над 1-м пальцем, приложенным к нижнему позвонку сегмента. На выдохе больного ротация шейного отдела усиливается и дополняется умеренной тракцией головы, этим и достигается состояние преднапряжения. Непосредственно в конце выдоха следует манипуляционный толчок, заключающийся в легком увеличении ротации и тракции. В этот момент важно удерживать неподвижным нижний позвонок сегмента, что может быть достигнуто усилением давления фиксирующего 1-го пальца на его остистый отросток в направлении противоротации.

*Манипуляция на шейном отделе позвоночника с использованием ротации, бокового наклона и сопровождения в положении больного сидя, вариант 1 (рис. 32)*

**Показания.** Аналогичны последним трем приемам. Необходимо еще раз напомнить, что манипуляции, использующие технику сопровождения (нем. *mitnehmen* — брать с собой), лучше переносятся больными. Отсутствие жесткой фиксации нижнего позвонка (позвоночник «открыт» снизу) делает эти приемы более комфортными для больных, что особенно помогает, когда приходится иметь дело с напряженными, скованными пациентами. В то же время их проведение требует и прицельного «попадания» в выбранный сегмент, четкости проведения, точного «тканевого» чувства у врача.

**Исходное положение.** Пациент удобно сидит на кушетке, руки свисают вдоль туловища. Врач стоит пе-



Рис. 32.

ред пациентом и немного сбоку. Он захватывает обеими руками голову пациента, причем одна рука ладонью приложена к разноименной височно-теменной области, а другая размещается на отдаленной от него стороне шеи. Кисть этой руки подушечкой 2-го пальца (контакт можно усилить наложением на 2-й палец 3-го) плотно фиксирует суставной отросток (нижний) верхнего позвонка выбранного шейного сегмента.

**Техника проведения.** Выполнив все позиции исходного положения, врач создает преднапряжение в шейном сегменте, подводя его к патологической границе движения через выполнение бокового наклона (с помощью вышерасположенной руки) и ротации с одновременной тракцией (нижерасположенной рукой). Состояние преднапряжения контролируется контактирующими на суставном отростке пальцами. По достижении преднапряжения в конце выдоха пациента проводится манипуляционный толчок в направлении дальнейшей ротации и тракции. Для верной ориентации при выполнении этого заключительного движения необходимо



учитывать плоскость расположения суставных поверхностей конкретного сегмента в передневерхнем (вентрально-краниальном) направлении.

*Манипуляция на шейном отделе позвоночника с использованием ротации, бокового наклона и сопровождения в положении больного сидя, вариант 2 (рис. 33)*

**Показания.** Аналогичны последним трем приемам.

**Исходное положение.** Пациент сидит на кушетке, руки свисают вдоль туловища. Врач стоит сбоку от пациента и захватывает его голову двумя руками: одна рука приложена ладонью к разноименной щеке больного, другая обхватывает кистью его шею, по задней поверхности так, чтобы подушечкой 3-го пальца фиксировать суставной отросток (нижний) верхнего позвонка выбранного шейного сегмента с противоположной стороны по отношению к врачу. Тенар этой кисти помещен против сосцевидного отростка. Таким образом, одна рука позволяет выполнять ротацию, а другая — боковой наклон.

**Техника проведения.** Заняв исходное положение, врач выполняет комбинацию движений из бокового



Рис. 33.

наклона, ротации, тракции. При этом он постоянно ощущает подушечкой 3-го пальца усилие, прикладываемое к шее больного, и локализует его в месте этого контакта. По достижении преднапряжения в конце выдоха пациента следует мелкоамплитудный манипуляционный толчок в направлении достигнутой ротации с одновременной умеренной тракцией.

**ТЕХНИКА ПРИЕМОВ  
МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ,  
ВЫПОЛНЯЕМЫХ НА ГРУДНОМ ОТДЕЛЕ  
ПОЗВОНОЧНИКА**

**Техника приемов,  
выполняемых на мягких тканях  
грудного отдела позвоночника**

*Образование продольной и поперечной  
кожных складок (рис. 34)*

**Показания.** Этот прием используется при выявлении обширных и болезненных кожных зон, особенно в тех местах, где не образуется «киблеровская» кожная



Рис. 34.





Рис. 34 а.

складка (в области остистых отростков позвонков) или где кожу не удастся переместить пальцами относительно подлежащей мышечной фасции. Такое состояние часто наблюдается при остеохондрозе позвоночника (болевые и нейротрофические синдромы) в области кожной проекции поврежденных двигательных сегментов.

**Исходное положение.** Пациент удобно располагается на кушетке лицом вниз (дыхание должно быть свободным), под грудной отдел позвоночника подкладывается подушечка, напротив уровня предполагаемого воздействия (для небольшого сгибания позвоночника и расхождения лопаток). Врач стоит на уровне грудного отдела пациента, сбоку от него. Его руки расположены на предполагаемой зоне воздействия, причем в случае образования продольной кожной складки оба больших пальца расположены паравертебрально (рис. 34). При образовании поперечной кожной складки большие пальцы прилагаются ножницеобразно поперек позвоночного столба (выше и ниже «обрабатываемого» остистого отростка (рис. 34 а).

**Техника проведения.** Заняв исходное положение, врач производит встречное перемещение больших пальцев, образуя тем самым кожную складку. В конце такого малоамплитудного движения давление пальцами на кожу несколько акцентрируется. Проводя прием,

врач ощущает, как кожа как бы постепенно «отслаивается» от подлежащих тканей.

Время выполнения приема — около 10 мин.

### *Разминание трапецевидных областей (рис. 35)*

**Показания.** Данный прием может быть применен в качестве подготовки для проведения последующих манипуляций на шейно-грудном переходе. Может использоваться как самостоятельный прием при спазме и укорочении мышц трапецевидных областей у пациентов, выполняющих работу сидя (водители, машинистки, операторы ЭВМ и др.).

**Исходное положение.** Пациент удобно лежит на кушетке лицом вниз, руки расположены свободно вдоль туловища. Врач стоит в изголовье и помещает свои руки на одноименные трапецевидные области пациента. При этом его большие пальцы располагаются в области шейно-грудного перехода (С<sub>7</sub>—Т<sub>1</sub>), а остальные пальцы каждой руки легко опираются на область ключиц. Для удобства под голову пациента можно подложить небольшую подушку.

**Техника проведения.** Заняв исходное положение, врач проводит большими пальцами разминание и круговое растирание, разглаживая уплотнения, болезнен-



Рис. 35.



ные участки в подкожной клетчатке, в верхних порциях трапециевидных, ромбовидных мышц, а также мышц, поднимающих лопатку.

### *Расслабление мышц плечевого пояса (рис. 36)*

**Показания.** Прием может быть использован для облегчения последующих манипуляций на области шейно-грудного перехода, плечевом суставе. Имеет самостоятельное лечебное значение, например после значительного мышечного напряжения.

**Исходное положение.** Пациент удобно располагается на кушетке лицом вверх. Врач стоит сбоку от больного, на стороне предполагаемого воздействия. Он захватывает соответствующую руку пациента, помещая его кисть под мышку, при этом рука пациента опирается на руку (предплечье и плечо) врача. Затем он свою другую руку кладет на плечевой сустав той же руки пациента.



*Рис. 36.*

**Техника проведения.** Заняв исходное положение, врач проводит кистью руки, расположенной на плечевом суставе, циркулярные обхватывающие движения, разминая подлежащие ткани. А. Стоддарт образно сравнивает это движение руки с движением колесчатого вала паровоза. При выполнении такого циркулярного движения все мышцы плеча, прикрепляющиеся к лопатке и ключице, поочередно расслабляются и растягиваются, что облегчает движения в плечевом суставе и подвижность лопатки.

### *Растягивание и расслабление межлопаточных мышц (рис. 37)*

**Показания.** Аналогичны показаниям последних двух приемов.

**Исходное положение.** Пациент удобно лежит на кушетке лицом вверх. Врач стоит сбоку от него, на



*Рис. 37.*



стороне предполагаемого воздействия. Он захватывает одну руку пациента как раз над локтевым суставом и с усилием приводит плечо пациента в положение, при котором его рука лежит вдоль грудной клетки в направлении к другому плечевому суставу, при этом верхняя часть туловища пациента немного поворачивается в сторону от врача. Затем врач помещает свою другую руку на внутренний край лопатки больного.

**Техника проведения.** Заняв исходное положение, врач производит медленное пульсирующее надавливание на локтевой сустав приведенной руки пациента, одновременно другой рукой мягко отделяя внутренний край лопатки от грудной клетки. Этим достигается растяжение межлопаточных мышц и их расслабление.

Продолжительность приема — около 10 мин.

### *Растяжение мышц плечевого пояса (рис. 38)*

**Показания.** Аналогичны последним трем приемам.

**Исходное положение.** Пациент лежит на кушетке на здоровой стороне туловища лицом к врачу, который склоняется над пациентом и устанавливает его согнутый локтевой сустав с пораженной стороны на свой согнутый разноименный локтевой сустав, причем предплечье врача пропущено под разноименным пле-



Рис. 38.

чом больного. Кистью этой своей руки врач захватывает внутренний край лопатки на пораженной стороне, а кистью другой — верхнюю часть этой же лопатки.

**Техника проведения.** Заняв исходное положение, врач начинает перемещать плечелопаточную область как единое целое вверх, вниз, циркулярно. При этом внутренний край лопатки он старается отдалить от грудной клетки. Все эти движения выполняются с усилием, но не грубо. Они предназначены для растяжения и расслабления мышц плечевого пояса и межлопаточных мышц. В этой же позиции (пациент лежит на боку) может быть выполнено непосредственное разминание и растирание трапецевидных и межлопаточных мышц с помощью глубокого давления большими пальцами на эти мышцы.

Продолжительность приема — 7—10 мин.

### *Растяжение и релаксация грудных мышц (рис. 39)*

**Показания.** Помимо показаний, приведенных в последних трех приемах, данный прием может использоваться для облегчения последующих манипуляционных приемов на ребрах. Кроме того, этот прием может иметь самостоятельное значение, например при кардиалгиях.



Рис. 39.



**Исходное положение.** Пациент лежит на кушетке лицом вверх. Врач стоит сбоку от него, на стороне предполагаемого воздействия, и захватывает своей рукой разноименную руку пациента с пораженной стороны (например, правое запястье больного своей левой кистью). Далее он перемещает эту руку пациента вверх вдоль оси тела.

**Техника проведения.** Заняв исходное положение, врач одной рукой с усилием (но не резко!) растягивает грудные мышцы больного за счет вытяжения руки пациента вдоль оси тела. Другой рукой врач может усилить воздействие, оказывая противодействие, приложив кисть к брюшку большой грудной мышцы.

Продолжительность приема — 5—7 мин.

### *Разминание паравертебральных мышц, вариант 1 (рис. 40)*

**Показания.** Подготовка к проведению манипуляций на грудном отделе позвоночника.

**Исходное положение.** Пациент лежит лицом вниз на кушетке, руки его расположены вдоль туловища, под грудную клетку подложена подушка. Голова пациента повернута в сторону предполагаемого воздействия. Врач стоит сбоку от больного на стороне, противоположной воздействию. Он помещает свои обе кисти на



Рис. 40.

паравертебральную мускулатуру на отдаленной от него стороне спины пациента, причем основания ладоней должны быть приложены точно сбоку от ряда остистых отростков.

**Техника проведения.** Заняв исходное положение, врач начинает разминать основаниями ладоней продольные мышечные волокна паравертебральной мускулатуры поперечными движениями рук. Выполняя с усилием эти движения руками в сторону от остистых отростков, врач старается захватить как можно большую область окологривных мышц, при этом он должен производить не поглаживание и растирание кожной поверхности, а медленное глубокое разминание мышц. Усилить это воздействие можно ритмичными наклонами корпуса вперед.

### *Разминание паравертебральных мышц, вариант 2 (рис. 41)*

**Показания.** Аналогичны варианту 1.

**Исходное положение.** Пациент лежит на кушетке на здоровом боку. Врач стоит сбоку от пациента, лицом к передней поверхности его грудной клетки. Он помещает подушечки всех пальцев на паравертебральную мускулатуру точно над рядом остистых отростков.

**Техника проведения.** Заняв исходное положение,



Рис. 41.



врач начинает тянуть вверх кисти обеих рук, надавливая подушечками пальцев на продольные пучки паравертебральной мускулатуры, растягивая ее в поперечном направлении. Чтобы усилить такое растяжение, врач может опереться своими обоими предплечьями против крыла подвздошной кости и плечевого сустава пациента. Налегая на эти опоры верхней частью своего корпуса, врач формирует прогиб грудного отдела позвоночника в направлении вверх, на себя.

Время выполнения приема на одной стороне — 5—7 мин.

### **Техника приемов мобилизации грудного отдела позвоночника, включая комбинированные приемы с привлечением методик нейромышечной терапии**

#### *Мобилизация ребер с использованием непосредственного усилия межреберных мышц, вариант 1 (рис. 42)*

**Показания.** Используется для проведения мобилизации II—XII ребер. Прием показан при уменьшении подвижности этих ребер, ограничении экскурсии грудной клетки. Такое состояние может сопровождаться острыми и хроническими болями в области позвоночника и грудины, часто связанными с дыханием. При проведении приема пожилым людям следует соблюдать осторожность, чтобы не сломать ребро (возрастной остеопороз!).

**Исходное положение.** Пациент удобно лежит на кушетке лицом вниз, руки свободно свисают по ее краям. Под грудную клетку подложить небольшую подушку для образования легкого кифоза. Врач стоит сбоку от пациента, на стороне, противоположной воздействию, несколько развернувшись к стопам больного. Основание своей ладони (зона между тенаром и гипотенаром) с отягощением другой рукой он плотно устанавли-



Рис. 42.

вает на угол ребра, выбранного для проведения приема.

**Техника проведения.** Заняв исходное положение, врач предлагает пациенту глубоко и медленно вдохнуть. В процессе этого вдоха он удерживает зафиксированное ребро (3—5с), сохраняя контакт ладони с углом ребра. Таким образом, используя прямое усилие мышц-агонистов (межреберных), врач проводит мобилизацию выбранного ребра. Степень достигнутой мобилизации может быть плавно увеличена. Для этого в процессе выдоха пациента врач, не меняя контакта, оказывает давление на ребро, смещая его вниз (в вентральном направлении). Такое давление достигается не за счет усилия рук (локтевые суставы прямые), а за счет увеличения сгибания верхней части корпуса врача.

Прием повторяется 5—10 раз.

#### *Мобилизация ребер с использованием непосредственного усилия межреберных мышц, вариант 2 (рис. 43)*

**Показания.** В целом показания те же, что и в варианте 1. Однако если в процессе проведения такой мобилизации удается достичь преднапряжения в ребер-



но-позвоночном сочленении, то, не меняя исходного положения, следует провести манипуляцию. Требуется соблюдать осторожность при проведении приема пожилым больным.

**Исходное положение.** Пациент лежит на кушетке лицом вверх. Руки пациента скрещены на груди. Для лучшей релаксации спинной мускулатуры можно подложить валик под коленные суставы. Врач стоит сбоку от пациента, у здоровой стороны. Он устанавливает предплечье своей одной руки на скрещенные руки пациента, захватывая кистью его локтевой сустав на стороне воздействия. Затем, несколько поворачивая пациента на себя, плотно устанавливает тенар кисти своей другой руки на область угла ребра, выбранного для проведения приема.

**Техника проведения.** Заняв исходное положение, врач оказывает умеренное давление своим предплечьем на скрещенные руки пациента, наваливаясь верхней частью собственного корпуса, при этом он старается точно ощутить границу свободного движения ребра с помощью приложенного к его углу тенара другой руки. Достигнув этой границы, он предлагает больному глубоко вдохнуть, одновременно оказывая сопротивление расширению грудной клетки (3—5 с) и сохраняя контакт тенаром. Таким образом, используя прямое усилие мышц-агонистов (межреберных),



Рис. 43.



Рис. 43 а.

врач проводит мобилизацию выбранного ребра (рис. 43 а).

Достигнутая степень мобилизации может быть далее последовательно увеличена. Для этого в фазе глубокого медленного выдоха врач плавно, следуя за экскурсией грудной клетки, наращивает давление на скрещенные руки пациента в передне-заднем направлении, поддерживая сопротивление этому давлению тенаром кисти на углу ребра.

Прием можно повторить 5—7 раз.

### *Постизометрическая релаксация дыхательной мускулатуры (рис. 44).*

**Показания.** Прием может использоваться при выявлении гипомобильности ребер, снижении дыхательной экскурсии грудной клетки. Возникающие на этом фоне боли могут быть острыми и хроническими, обычно они связаны с дыханием. Такие боли могут распространяться вдоль ребер до грудины или быть только локальными. При пальпации можно выявить ирритационные зоны в области X—XII ребер.

**Исходное положение.** Пациент лежит на боку на кушетке. Нижняя нога его немного согнута, а стопа верхней ноги помещается в подколенную ямку нижней ноги, причем колено и 2/3 бедра верхней ноги свисают





Рис. 44.

с кушетки. Врач стоит сбоку от пациента, лицом к лицу. Он помещает одну свою руку на одноименный плечевой сустав пациента, а ладонь другой руки — на область выбранного ребра, причем средний или указательный палец плотно прижат вдоль этого ребра и захватывает плашмя его угол.

**Техника проведения.** Заняв исходное положение, врач помогает пациенту развернуть плечевой сустав от себя, а таз к себе таким образом, чтобы возникшее натяжение тканей концентрировалось бы в области выбранного ребра. Плечевой сустав фиксируется неподвижно в этом положении одноименной рукой врача, при этом он ощущает возможную границу свободного движения выбранного ребра. Отметив эту границу, врач предлагает больному медленно и глубоко вдохнуть, одновременно оказывая небольшое давление торсом против сопротивления приложенной к ребру руки, и перевести взгляд в сторону давления. Эта фаза изометрического напряжения длится около 10 с. Затем предлагается пациенту медленно и глубоко выдохнуть, одновременно расслабиться и перевести взгляд на себя. В наступившей фазе релаксации (примерно 10 с) врач оказывает адекватное (наступающему мышечному расслаблению) давление рукой, приложенной к выбранному ребру в передненижнем (вентро-каудальном) направлении.

Прием можно повторить 5—7 раз.

### *Прицельная тракционная мобилизация области шейно-грудного перехода в положении больного сидя (рис. 45)*

**Показания.** Прием применяется при выявлении функциональных повреждений («блокад») в области перехода шейного отдела позвоночника в грудной отдел. На этом фоне возможно появление острых и хронических болей в воротниковой зоне, распространяющихся в руку, межлопаточную область. При пальпации удается выявить ирритационные зоны в области позвонков  $C_6$  —  $Th_3, 4$ .

**Исходное положение.** Пациент сидит на кушетке, пальцы его рук переплетены в «замок» под затылком. Врач стоит за пациентом, он просовывает свои руки в треугольные «окошки», образованные плечом, предплечьем и боковой поверхностью шеи пациента, со стороны передней грудной стенки. Кисти врача плотно приложены к задней поверхности шеи пациента следующим образом: указательный и средний пальцы каждой кисти плотно прижаты к поперечному отростку вышележащего позвонка «блокированного» сегмента.

**Техника проведения.** Заняв исходное положение, врач проводит вытяжение шейно-грудного отдела в передневерхнем направлении. Важно подчеркнуть, что тракционное усилие достигается не тягой рук, а следу-



Рис. 45.



ющим образом: сначала распрямляются коленные суставы врача, а его корпус отклоняется назад (от исходного вертикального положения), при этом грудная клетка его прижимается к спине пациента, создавая дополнительную точку опоры.

Если при проведении этого приема (обычно 5—7 повторений) удастся достичь состояния преднапряжения в выбранном сегменте, то мобилизация органично переходит в тракционную манипуляцию, а именно: в конце фазы выдоха пациента врач коротко откидывает верхнюю часть своего торса назад и вверх, одновременно форсируя давление пальцами на поперечные отростки вышележащего позвонка, т. е. выполняет манипуляционный толчок в оси трaкции (техника «mitnehmen»).

### *Неспецифическая тракция средне-грудного отдела позвоночника в положении больного сидя (рис. 46)*

**Показания.** Гипомобильность средне-грудного отдела позвоночника, ограничение дыхательной экскурсии грудной клетки, а также связанный с этими состояниями острый и хронический болевой синдром.

**Исходное положение.** Пациент сидит на кушетке, скрестив руки на груди, причем кисти захватывают разноименные плечевые суставы. Врач стоит вплотную за пациентом, он захватывает ладонями своих обеих рук локтевые суставы пациента, причем его предплечья и плечи тесно прилегают к телу больного.

**Техника проведения.** Заняв исходное положение, врач полностью распрямляет свои руки в локтевых суставах и отклоняет свой корпус назад. Одновременно он ротирует свой таз таким образом, чтобы подставить область выше гребня подвздошной кости под грудной отдел позвоночника пациента и создать тем самым дополнительную точку опоры. Выполняемое таким образом тракционное усилие позволяет достичь значительного вытяжения в средне-грудном отделе позвоночника, но не следует стараться приподнимать таз пациента над кушеткой.

Прием плавно повторяется на выдохе пациента 5—7 раз.



Рис. 46.

### *Неспецифическая тракция нижне-грудного отдела позвоночника в положении больного сидя (рис. 47)*

**Показания.** Прием может использоваться в качестве подготовки к проведению манипуляций на этом регионе, а также как самостоятельный прием при общей гипомобильности нижне-грудного отдела позвоночника, сопутствующем болевом синдроме (локальном или распространяющемся на боковую поверхность тела).

**Исходное положение.** Пациент сидит на кушетке, руки его скрещены на груди, причем каждая кисть захватывает противоположное плечо над локтевым суставом. Врач стоит вплотную за больным, ладонями обеих рук он держит снизу локтевые суставы пациента. Далее немного отклоняет туловище больного назад, так чтобы его спина опиралась на нижний отдел его грудной клетки, создавая тем самым дополнительную точку опоры.





Рис. 47.

**Техника проведения.** Заняв исходное положение, врач полностью выпрямляет свои руки в локтевых суставах, одновременно плавно отклоняя свой корпус с туловищем пациента назад. Это движение позволяет значительно нарастить тракцию в ниже-грудном отделе позвоночника, однако не следует пытаться приподнять пациента с кушетки. С целью облегчения усилия врач, отклоняя свой корпус назад, одновременно может развернуть свой таз таким образом, чтобы подпереть боком (над гребнем подвздошной кости) спину пациента.

Прием повторяется на выдохе больного 5—7 раз.

*Целенаправленная мобилизация шейно-грудного перехода в положении больного лежа на боку (рис. 48)*

**Показания.** Используется при обнаружении функциональных нарушений («блокад») в области шейно-грудного перехода, облегчает проведение последую-

щих манипуляций. Прием может иметь самостоятельное лечебное значение, когда невозможно достичь состояния преднапряжения. Возникающие на фоне гипомобильности шейно-грудного отдела позвоночника боли могут носить острый и хронический характер, быть локальными или распространяться на руки и межлопаточную область; при пальпации можно выявить ирритационные зоны в области позвонков С<sub>6</sub>—Т<sub>4</sub>.

**Исходное положение.** Пациент лежит на кушетке на боку. Руки его сложены перед грудью. Врач стоит сбоку от кушетки, лицом к лицу с больным. Одной своей рукой, ближайшей к лицу больного, он захватывает голову пациента так, что голова (и частично шея) покоятся на его предплечье, а кисть обнимает заднюю поверхность шеи, причем мизинец этой руки плотно прижат плашмя к остистому отростку верхнего позвонка выбранного для воздействия сегмента. Другая рука врача с помощью предплечья и веерообразно расставленных пальцев кисти, приложенных на позвоночник и ребра пациента, стабилизирует его корпус. С этой же целью врач надавливает своей грудью на плечевой сустав пациента.

Большой палец второй руки врача осуществляет надежную фиксацию остистого отростка нижнего позвонка данного сегмента. А именно: если предполагается проведение мобилизации в направлении бокового



Рис. 48.



смещения и бокового наклона, то подушечка большого пальца плотно прижимается к боковой поверхности остистого отростка нижележащего позвонка со стороны, ближайшей к врачу (т. е. сверху). Если же предполагается мобилизация в направлении ротации, то большому пальцу «помогает» указательный, т. е. остистый отросток зажимается между этими двумя пальцами. В том случае, когда врач планирует мобилизацию в переднезаднем направлении (дорзальном), большой палец подушечкой опирается на заднюю поверхность остистого отростка.

Итак, описанное исходное положение с пациентом, лежащим на боку, позволяет провести мобилизацию области шейно-грудного перехода в нескольких направлениях: бокового смещения, бокового наклона, ротации, переднезаднего смещения.

**Техника проведения.** Заняв исходное положение, врач может обследовать подвижность и одновременно мобилизовать шейно-грудной переход в направлении бокового смещения. Для этого он сначала проводит небольшое вытяжение шеи с помощью предплечья первой руки вдоль оси тела пациента, создавая тем самым distraction (расхождение суставных поверхностей) в сегменте под мизинцем, тесно прижатым к остистому отростку верхнего позвонка.

Другими словами, шейный отдел позвоночника, включая и верхний позвонок выбранного сегмента, смещается краниально (вперед) до ощущения сопротивления тканей. Это создает условия для дальнейшего проведения приема, который состоит теперь в боковом смещении (вверх) шейного отдела позвоночника, включая и фиксированный мизинцем верхний позвонок сегмента. Это смещение достигается вертикальной тягой всего предплечья. Важно подчеркнуть, что это движение не является боковым наклоном и не может быть выполнено больным самостоятельно («суставная игра»). Выполняя такое боковое смещение, врач одновременно оказывает большим пальцем другой руки давление сверху на боковую поверхность остистого отростка нижнего позвонка сегмента против движения предплечья первой руки, не допуская его смещения.

Прием повторяется на выдохе 5—7 раз.

Из этого же положения врач проводит боковой наклон головы пациента и его шеи, приближая к себе

предплечье одной руки и сохраняя фиксирующее усилие большим пальцем другой руки (рис. 48а). Степень наклона регулируется ощущением концентрации напряжения тканей именно над остистым отростком нижнего позвонка сегмента. Повторение приема позволяет мобилизовать выбранный сегмент в направлении бокового наклона. Обычно проводят 5—7 таких повторений, на выдохе больного. Помогая большому пальцу указательным, врач мобилизует выбранный сегмент в направлении ротации. Ротация осуществляется (на фоне distraction!) с помощью предплечья таким образом, чтобы прикладываемое усилие приходилось именно над фиксирующими 1-м и 2-м пальцами.

Прием может быть повторен на выдохе пациента 5—7 раз.

Установив большой палец одной руки на заднюю поверхность остистого отростка нижнего позвонка, врач выполняет с помощью предплечья другой руки переднезаднее (дорзальное) смещение шейного отдела позвоночника, включая и фиксированный мизинцем верхний позвонок выбранного сегмента. При этом, как и в предыдущих случаях, врач концентрирует прикладываемое усилие между фиксирующими пальцами обеих рук (т. е. между 5-м и 1-м).

Прием повторяется на выдохе больного всего 5—7 раз.



Рис. 48 а.





Рис. 49.

*Неспецифическая мобилизация  
верхне-грудного отдела позвоночника  
с использованием экстензии  
в положении больного сидя (рис. 49)*

**Показания.** Используется в качестве подготовки к проведению манипуляций на верхне-грудном отделе позвоночника. Может применяться как самостоятельный лечебный прием при общей гипомобильности этого региона и связанных с ней жалобах пациента (см. показания последнего приема).

**Исходное положение.** Пациент сидит на кушетке, руки его скрещены перед лбом, причем каждая кисть захватывает разноименное плечо как раз под локтевым суставом. Врач стоит перед больным и проводит свои руки через «окошечки» между плечами пациента и его шей, причем его кисти опираются на выбранную для мобилизации зону.

**Техника проведения.** Заняв исходное положение, врач подтягивает руками пациента к себе, несколько приподнимая свои локти и делая шаг назад.

Таким образом, осуществляется рычажное воздействие в экстензии (разгибании) на верхне-грудной отдел позвоночника. Далее он опускает свои локти, приближается на шаг к пациенту и снимает давление пальцев рук на мобилизуемый участок.

Прием повторяется 5—10 раз. Мягко, эластично надо проводить прием, сообразуясь с дыханием пациента.

*Неспецифическая мобилизация средне-  
и ниже-грудного отделов позвоночника  
с использованием экстензии  
в положении больного сидя (рис. 50)*

**Показания.** Гипомобильность указанных регионов позвоночника, связанные с нею острые и хронические боли, локальные или распространяющиеся вдоль ребер на переднюю грудную стенку. Такие боли часто связаны с дыханием. При пальпации выявляются раздражительные зоны в области средне- и ниже-грудных позвонков, в области реберно-позвоночных сочленений.

**Исходное положение.** Пациент сидит на кушетке, под его ноги можно подставить невысокую табуретку. Руки пациента вытянуты вперед. Врач стоит сбоку от больного, устанавливает свою ногу (отдаленную от пациента) на стул, а предплечьем руки (одноименной ноге) поддерживает под локтевыми суставами выпрямленные руки пациента, причем предплечье этой поддерживающей руки опирается на колено установленной



Рис. 50.



на стул ноги. Другую свою руку врач устанавливает на выбранную для мобилизации область грудного отдела позвоночника, прикладывая к остистым отросткам основание ладони.

**Техника проведения.** Заняв исходное положение, врач (на выдохе больного) давит основанием ладони на участок, выбранный для мобилизации. Усиливая это давление, он одновременно несколько поворачивает свое колено наружу и добивается выраженного разгибания грудного отдела позвоночника.

Прием выполняется медленно, плавно, сообразуясь с дыханием больного, всего 5—10 раз.

*Прицельная мобилизация  
грудного отдела позвоночника  
с использованием ротации и  
противоудержания  
в положении больного сидя (рис. 51)*

**Показания.** Используется в качестве подготовки к проведению дальнейших манипуляций на грудном отделе позвоночника, позволяет хорошо мобилизовать грудные сегменты от позвонков Th<sub>4,5</sub> до грудно-поясничного перехода (Th<sub>12</sub> — L<sub>1</sub>). Показана во всех случаях выявления сегментарной гипомобильности, особенно когда «блокирование» сегмента сопровождается жестким ограничением диапазона свободного движения. Возникающие на этом фоне боли могут быть локальными в зоне пораженного сегмента, но могут и распространяться вдоль ребер на переднюю грудную стенку. При пальпации возможно выявление ирритационных зон в области позвонков Th<sub>3</sub> — Th<sub>10,12</sub>.

**Исходное положение.** Пациент сидит на самом краю кушетки, как на коне (т. е. ноги расположены по обеим ее сторонам). Кисти рук пациента сцеплены в «замок», ладони приложены к затылочно-теменной области. Врач встает сзади и несколько сбоку от больного (на уровне угла кушетки), стопы ног его достаточно расставлены. Одну свою руку (ту, в сторону которой будет совершаться ротация корпуса больного) врач проводит под одноименной подмышечной впадиной пациента в треугольное «окошко», образованное со-

гнутыми плечом, предплечьем и боковой поверхностью шеи пациента, на противоположную сторону; кисть его захватывает плечо больного на этой стороне. Врач плотно прижимает к своей грудной клетке корпус пациента, чтобы обеспечить его надежную стабилизацию при выполнении приема. Другую руку подушечкой разогнутого большого пальца врач устанавливает перпендикулярно сбоку на остистый отросток нижнего позвонка выбранного сегмента так, чтобы препятствовать его смещению в ходе мобилизующих движений.

**Техника проведения.** Заняв описанное исходное положение, врач тянет плечо больного в направлении ротации одной рукой, не спеша вращая корпус пациента так, чтобы прилагаемое усилие концентрировалось бы над фиксирующим большим пальцем другой руки, который оказывает противодействие перпендикулярно остистому отростку нижнего позвонка сегмента, сохраняя его в неподвижности. Тем самым создаются условия для прицельной мобилизации выбранного сегмента выше фиксирующего 1-го пальца. По достиже-



Рис. 51.



нии ощущения преднапряжения в этом сегменте врач мягко, деликатно, легкими пружинящими движениями усиливает проводимую ротацию, постепенно «освобождая» сегментарную подвижность.

Прием выполняют (на выдохе пациента) 5—10 раз.

Целесообразно провести такую ротационную мобилизацию в обе стороны. При мобилизации нескольких сегментов сначала воздействие оказывают на вышележащие сегменты, постепенно спускаясь, как по лестнице, к нижележащим (каудальным) сегментам.

Если необходимо провести мобилизацию в самых нижних сегментах грудного отдела позвоночника и в области тораколумбального перехода, важно проследить, чтобы корпус больного не отклонялся от вертикальной оси. С этой целью необходимо проверить, опирается ли корпус больного на грудную клетку врача в вертикальной плоскости, и далее сохранять ось мобилизирующего движения в этой же плоскости. Для этого в процессе ротации корпуса пациента усилием, опосредованным через одну руку, врач переносит вес своего тела на свою вращающуюся ногу (одноименную с этой же рукой). Такое перенесение веса является очень важным условием правильного выполнения приема, в противном случае корпус больного отклоняется от вертикали при его ротации.

### **Техника манипуляционных приемов, выполняемых на грудном отделе позвоночника**

*Прицельная манипуляция  
с использованием ротации и коротких рычагов  
в положении больного лежа на животе  
(рис. 52)*

**Показания.** Используется при сегментарной гипомобильности грудного отдела позвоночника, сопровождаемой ощущением жесткого сопротивления в конце диапазона свободного движения в «блокированном» сегменте. Возникающие на этом фоне боли могут носить острый и хронический характер, быть локальными

или распространяться вдоль ребер на переднюю поверхность тела. При пальпации удается выявить ирритационные зоны в области Th<sub>3</sub> — Th<sub>10</sub> позвонков. Данная манипуляция не показана пожилым пациентам из-за опасности перелома ребер на фоне возрастного остеопороза. Как и все манипуляции в положении больного лежа на животе, прием может плохо переноситься пациентами с заболеваниями сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

**Исходное положение.** Пациент удобно лежит на кушетке, руки его свободно лежат вдоль туловища, дыхание не затруднено. Врач стоит сбоку от пациента, на уровне выбранного участка грудного отдела позвоночника. Суть приема заключается во взаимной противоротации двух позвонков, составляющих сегмент. Направление ротации принято обозначать по ротации верхнего позвонка сегмента. Е. Рыхликова предлагает для наглядности различать два варианта данной манипуляции: «по часовой стрелке» и «против часовой стрелки». В зависимости от выбранного варианта врач по-разному устанавливает свои руки на спине пациента. Если он выбирает вариант «по ходу часовой стрелки», то устанавливает свои руки крест-накрест на двух соседних позвонках так, чтобы гороховидные косточки оснований ладоней плотно контактировали бы с поперечными отростками по обеим сторонам позвоночного столба. Например, одна рука контактирует с ле-



Рис. 52.





Рис. 52 а.

вым поперечным отростком Th<sub>6</sub>, а другая — с правым поперечным отростком Th<sub>7</sub> (рис. 52 а). Если врач выбирает вариант «против часовой стрелки», то он должен поменять свои руки местами, т. е. установить одну кисть гороховидной косточкой на правый поперечный отросток Th<sub>6</sub>, а другую кисть — на левый поперечный отросток Th<sub>7</sub> (рис. 52 а). Для того чтобы правильно приложить руки к больному, необходимо определить проекцию поперечных отростков позвонков на поверхность спины. Рекомендуется сначала отыскать в выбранном регионе грудного отдела позвоночника три лежащих друг за другом остистых отростка и соединить их условной линией. Затем надо провести между остистыми отростками две линии перпендикулярно условной и отложить на них примерно по 3 см в обе стороны. В этом месте и будут проецироваться поперечные отростки, относящиеся к тому же позвонку, что и нижележащий остистый отросток.

**Техника проведения.** Заняв исходное положение и проверив, правильно ли установлены контакты «гороховидная косточка — поперечный отросток», врач полностью разгибает свои локтевые суставы и склоняется над пациентом, перенося вес верхней половины своего тела на контактные зоны и усиливая тем самым давление на них до ощущения упругого, пружинистого сопротивления. Затем несколько раз повторяет такое надавливание на выдохе больного, стараясь достичь

предела сопротивления. Ощувив этот предел (состояние преднапряжения), выполняет манипуляционный толчок. С этой целью он резко «бросает» вниз верхнюю часть своего туловища, форсируя давление на контактные зоны, и одновременно выполняет кистями рук некоторое дистракционное усилие в сегменте. Манипуляционный толчок проводится на глубине выдоха пациента.

*Прицельная манипуляция  
на грудном отделе позвоночника  
в положении больного лежа на спине  
(рис. 53)*

**Показания.** Аналогичны последнему приему.

**Исходное положение.** Пациент лежит близко к одному краю кушетки лицом вверх, руки его сцеплены в «замок» под затылком, локтевые суставы расположены параллельно в сагитальной плоскости. Если у пациента чересчур гибкие суставы верхних конечностей либо, наоборот, вследствие их тугоподвижности и болей он не в состоянии сцепить руки на шее, то допустимо предложить ему обхватить свои плечи разноименными кистями рук. Врач стоит сбоку от пациента как можно ближе к нему. Он сгибает свою удаленную от пациента



Рис. 53.





Рис. 53 а.

руку, склоняясь над ним и устанавливая свое предплечье перед своей грудной клеткой и сверху локтевых суставов пациента (кисть руки захватывает одноименной локтевой сустав). Другую свою руку врач подводит под требуемый регион грудного отдела позвоночника, причем кисть этой руки захватывает между тенаром и ногтевой фалангой среднего пальца остистый отросток нижнего позвонка выбранного сегмента, а предплечье располагается вдоль оси позвоночника.

**Техника проведения.** Заняв исходное положение, врач (на выдохе пациента) несколько раз подряд слегка налегает на согнутые локтевые суставы пациента (рис. 53 а), нацеливая передающееся через его корпус усилие на выбранный позвоночный сегмент, нижний позвонок которого фиксирован подведенной снизу кистью. Ощувив с ее помощью состояние преднапряжения, врач резко налегает корпусом (опосредованно через свое предплечье) на локтевые суставы пациента, сообщая грудному отделу пациента манипуляционный толчок в направлении вниз (к кушетке) и вперед (краниально). Одновременно он строго контролирует фиксацию нижнего позвонка выбранного сегмента, удерживая его без смещения. Манипуляция проводится на глубине выдоха пациента. При посегментном проведении общее направление воздействий — сверху вниз.

### Прицельная манипуляция «тяги-толкай» по А. Стоддарту (рис. 54)

**Показания.** Аналогичны последним двум приемам.

**Исходное положение.** Пациент лежит на кушетке лицом вниз; под грудную клетку (переднюю поверхность) на уровне требуемого участка грудного отдела позвоночника подложена подушка, чтобы обеспечить его переднее сгибание (флексию); руки пациента свободно лежат вдоль туловища, кисти положены под таз. Врач стоит сбоку от пациента и чуть позади (каудальнее) от места воздействия. Он прикладывает большие пальцы обеих рук к боковым поверхностям двух соседних остистых отростков позвонков, образующих выбранный сегмент.

**Техника проведения.** Прием проводится без использования «длинных рычагов». Заняв исходное положение, врач оказывает нарастающее давление пальцем одной руки на остистый отросток, к примеру, позвонка Th<sub>6</sub>, смещая его вправо, в то время как 1-м пальцем другой руки смещает остистый отросток позвонка Th<sub>5</sub> влево. Достигнув ощущения устойчивого сопротивления такому давлению в выбранном сегменте (состояние преднапряжения), он выполняет манипуляционный толчок, представляющий собой резкое, мелкоамплитудное движение больших пальцев навстречу друг другу.

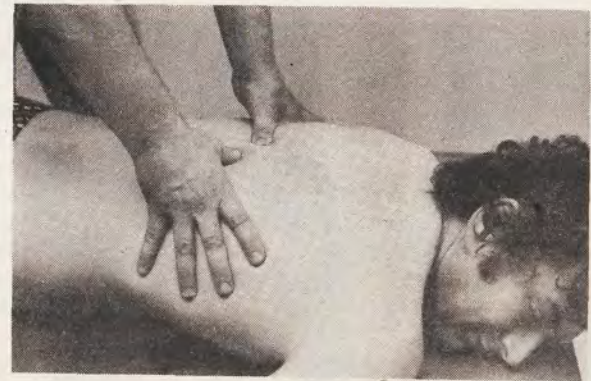


Рис. 54.



*Прицельная манипуляция  
на области шейно-грудного перехода  
и верхних грудных позвонков  
с использованием ротации и сопровождения  
в положении больного лежа на животе  
(рис. 55)*

**Показания.** Используется при гипомобильности сегментов области шейно-грудного перехода и верхних грудных позвонков, а также связанных с ней острых и хронических болях (локальные или распространяющиеся в межлопаточную область). По мнению известного остеопата Э. Ванано, манипуляция может быть проведена до уровня позвонка Th<sub>10</sub>.

**Исходное положение.** Пациент удобно лежит на кушетке лицом вниз, руки свободно лежат вдоль туловища, голова и шея пациента — за пределами кушетки. Врач стоит в изголовье, несколько сбоку. Одной рукой он поддерживает голову пациента, положив его нижнюю челюсть на свое предплечье и пальцами захватив подбородок. Голова пациента, следовательно, несколько повернута в сторону другой руки врача, которую он помещает на верхне-грудной отдел позвоночника пациента. Причем ногтевые фаланги 2-го и 3-го пальцев (в ряде случаев допустимо создание контакта с помощью гороховидной косточки основания ладони)



Рис. 55.

упираются в боковую поверхность остистого отростка верхнего позвонка выбранного сегмента со стороны, в которую проводится ротация.

**Техника проведения.** Заняв исходное положение, врач дополнительно поворачивает голову пациента с помощью предплечья одной руки в сторону другой, контактирующей руки, одновременно выполняя некоторое разгибание шейного отдела позвоночника так, чтобы прилагаемое усилие концентрировалось бы под зоной контакта на вышележащем позвонке сегмента. Создав состояние преднапряжения, врач проводит манипуляционный толчок на выдохе пациента. Толчок выполняется в направлении дальнейшей ротации при сохранении достигнутого разгибания и потенцируется синхронным форсированным давлением контактирующих пальцев.

*Прицельная манипуляция  
на области шейно-грудного перехода  
и верхних грудных позвонков  
с использованием ротации  
и противоудержания  
в положении больного лежа на животе  
(рис. 56)*

**Показания.** Аналогичны показаниям предыдущего приема.

**Исходное положение.** Пациент лежит близко к краю кушетки лицом вниз, руки его располагаются свободно вдоль туловища, подбородок опирается о кушетку (шейный отдел позвоночника разогнут). Врач стоит сбоку от пациента, близко к нему, на уровне его пояса. Он склоняется над пациентом и твердо устанавливает ногтевую фалангу 1-го пальца одной руки против боковой поверхности остистого отростка нижнего позвонка выбранного сегмента с одноименной (с рукой) стороны. Кисть другой руки помещает на одноименную височно-теменную область пациента.

**Техника проведения.** Заняв исходное положение, врач кистью, лежащей на голове больного, сгибает шейный отдел позвоночника в направлении от себя; далее он этой же рукой вращает шею и голову пациен-





Рис. 56.

та лицом к себе. Ощувив максимальную концентрацию усилия непосредственно над фиксирующим 1-м пальцем одной руки (состояние преднапряжения), врач выполняет манипуляционный толчок. Этот крепкий и точный толчок выполняется с помощью 1-го пальца, фиксирующего нижний позвонок выбранного сегмента, в поперечном направлении и несколько вниз. Синхронно с ним слабо наращивается боковое сгибание шейного отдела позвоночника с помощью руки, лежащей на голове больного. Прием проводится на глубине выдоха пациента. Все движения головы пациента, необходимые для достижения требуемых степеней разгибания, бокового наклона и ротации, совершаются вокруг определенной точки опоры, которой является подбородок больного.

*Прицельная манипуляция на области шейно-грудного перехода и верхне-грудных сегментах позвоночника с помощью ротации и противоудержания в положении больного сидя (рис. 57)*

**Показания.** Аналогичны показаниям предыдущих двух приемов.

**Исходное положение.** Пациент удобно сидит на кушетке, руки его свисают вдоль туловища. Врач стоит

сзади больного, вплотную к нему. Для устойчивой и надежной опоры он ставит на кушетку одну свою стопу рядом с одноименной ягодицей больного и кладет его руку поверх своего бедра. Такое положение должно быть удобным для пациента и способствовать его расслаблению. Далее врач прикладывает кисть одной своей руки (одноименной с бедром) к височно-теменной области пациента, с той же стороны. Другую руку он помещает на шейно-грудной переход или верхне-грудные позвонки таким образом, чтобы 1-й палец подушечкой плотно упирался в боковую поверхность остистого отростка нижнего позвонка выбранного сегмента, а остальные пальцы лежали бы поверх трапециевидной мышцы.

**Техника проведения.** Заняв исходное положение, врач рукой, лежащей на височно-теменной области больного, выполняет боковой наклон головы в противоположную сторону, разгибание шеи и некоторую ротацию лицом в сторону этой же руки. Комбинация движений в перечисленных направлениях должна при-



Рис. 57.



вести к концентрации прилагаемого усилия непосредственно над 1-м пальцем другой руки, фиксирующей нижележащий позвонок сегмента. Ощувив состояние преднапряжения, на глубине выдоха пациента врач проводит манипуляционный толчок. Этот толчок выполняется с помощью 1-го пальца, форсирующего давление на остистый отросток нижележащего позвонка в поперечном направлении (горизонтально); затем он синхронно кратковременно усиливает давление на голову пациента ладонью правой руки в направлении достигнутой ранее позиции.

*Прицельная манипуляция  
на грудном отделе позвоночника  
с помощью колена  
в положении больного сидя (рис. 58)*

**Показания.** Аналогичны показаниям предыдущих двух приемов.

**Исходное положение.** Пациент удобно сидит на кушетке, руки его сцеплены на затылке (пальцы переплетены). Врач стоит сзади пациента, сгибает и ставит на кушетку или подставку свою правую ногу, помещая коленный сустав плотно на требуемый участок грудного отдела позвоночника пациента. При этом колено (бугристость большеберцовой кости) правой ноги врача должно надежно контактировать с остистым отростком нижнего позвонка «блокированного» сегмента. Далее врач подводит свои руки под подмышечные впадины больного через «окошечки», образованные плечом и предплечьем, захватывая кистями оба запястья пациента.

**Техника проведения.** Заняв исходное положение, врач получает возможность провести манипуляцию на любом уровне грудного отдела позвоночника, изменяя лишь контакт колена в пределах этого участка. В то же время имеется определенное различие в направлении манипуляционного толчка в зависимости от того, в каком именно направлении выявляется сегментарная гипомобильность.

Допустим, что у пациента имеется ограничение наклона туловища. В этом случае врач, крепко упираясь в остистый отросток нижележащего позвонка выбран-

ного сегмента, одновременно оказывает с помощью обеих своих рук давление на запястье пациента. Это движение приводит к наклону кпереди грудного отдела позвоночника пациента (включая и верхний позвонок сегмента) до места контакта с коленом врача. Степень наклона можно проконтролировать пальпацией, на несколько секунд освободив свою левую руку и ощутив напряжение в тканях выбранного сегмента 1-м пальцем. По достижении состояния преднапряжения (на глубине выдоха больного) врач проводит манипуляционный толчок, который заключается в малоамплитудном, резком наращивании переднего сгибания части корпуса пациента, против своего колена, сохраняющего надежный контакт.

Если же у пациента имеется ограничение разгибания (наклона назад), то врач должен использовать технику с более точным манипуляционным толчком относительно своего колена. Одновременно он должен как бы накатить на колено вышележащую часть корпуса больного. С этой целью, опираясь своими



Рис. 58.



предплечьями о плечи пациента со стороны подмышечных впадин, он тянет на себя и вверх запястья больного. В результате этого движения верхняя (над коленом) часть корпуса пациента сохраняет наклонное положение, в то время как нижняя (под местом контакта) разгибается. По достижении преднапряжения (на выдохе пациента) врач выполняет манипуляционный толчок, резко и коротко подтягивая на себя верхнюю часть корпуса пациента, против фиксирующего колена, относительно которого толчок направлен вперед и несколько вниз. Аналогично проводится прием, если в сегменте выявлена гипомобильность в направлении ротации, только колено правой ноги устанавливается против поперечного отростка нижнего позвонка данного сегмента.

Определенную трудность при выполнении этого приема создают «длинные рычаги», затрудняющие контроль за его проведением, кроме того, подчас сложно ощутить контакт колена с позвонком пациента. В то же время именно «длинные рычаги» позволяют получить положительный результат, когда другие приемы оказываются несостоятельными. И наконец, корректное выполнение приема делает контакт колена с позвонником безболезненным для пациента (в крайнем случае допустимо использовать в качестве прокладки тонкую губку).

*Прицельная манипуляция  
с использованием ротации  
и противоудержания  
в положении больного лежа на боку,  
по А. Стоддарту (рис. 59)*

**Показания.** Сегментарная гипомобильность (функциональная «блокада») ниже-грудного отдела позвоночника и области торако-люмбального перехода, сопровождающаяся ощущением жесткого сопротивления в конце диапазона свободного движения в сегменте. Возникающий на этом фоне болевой синдром (острый или хронический) локализуется в области позвоночника или распространяется по межреберным промежуткам на переднюю поверхность тела.

При возникновении опоясывающих болей, а также их иррадиации в паховую область. При пальпации можно выявить ирритационные зоны в области позвонков Th<sub>8</sub>—Th<sub>12</sub>.

**Исходное положение.** Внимательное наблюдение биомеханики сегментарных движений этого отдела позвоночника позволило А. Стоддарту прийти к выводу, что для успешного проведения прицельной манипуляции на ниже-грудных сегментах и грудно-поясничном переходе необходимо применить (в зависимости от конкретной картины болезни) одну из трех предлагаемых комбинаций движений. 1. При разогнутом (экстензия) позвоночнике пациента следует провести сегментарные боковой наклон и ротацию в одну и ту же сторону. 2. При согнутом (флексия) позвоночнике осуществить боковой наклон и ротацию в противоположные стороны. 3. При незначительно согнутом позвоночнике (легкая флексия) выполнить ротацию без наклона в какую-либо сторону. Причем если первые две комбинации движений «нацеливают» прием на выбранный сегмент за счет замыкания суставных поверхностей в прочих сегментах этого региона позвоночника, то в последнем случае избирательность манипуляции достигается за счет натяжения связочного (лигаментарного) аппарата, вплоть до выбранного сегмента.

Предположим, что врач, исходя из конкретной си-



Рис. 59.



туации, проводит манипуляцию с согнутым позвоночником больного (рис. 59). В этом случае больной удобно лежит на кушетке на боку, а врач стоит лицом к пациенту около предполагаемого участка воздействия. Он сгибает вышележащую ногу пациента в тазобедренном и коленном суставах так, чтобы бедро почти доставало до грудной клетки больного, что приводит к сгибанию ниже-грудного отдела позвоночника. Степень такого сгибания и контролируется (визуально и пальпацией) врачом по достижении нарастающего натяжения тканей в выбранном сегменте. Затем, с целью правильной укладки пациента, он вытягивает на себя его нижележащую руку, чтобы вывести вперед его плечо и плечевой сустав. Врач далее разворачивает вышележащее плечо пациента в направлении от себя и поворачивает его корпус до тех пор, пока прилагаемое усилие не сконцентрируется в зоне выбранного сегмента. Этот сегмент фиксируется с помощью обеих рук врача. Причем одна рука проходит под вышележащим плечом пациента, локоть этой руки упирается на соответствующий плечевой сустав пациента, а большой палец подушечкой надавливает сверху на боковую поверхность остистого отростка верхнего позвонка выбранного сегмента. Другая рука врача, усиленная весом верхней части его корпуса, устанавливается предплечьем на вышележащий гребень подвздошной кости, а указательный и средний пальцы нажимают снизу на боковую поверхность остистого отростка нижнего позвонка выбранного сегмента.

Так как при сгибании позвоночника требуется провести боковой наклон и ротацию в разные стороны, чтобы достичь смыкания суставных поверхностей прочих сегментов, то с целью моделирования бокового наклона необходимо подложить небольшую, но достаточно плотную подушечку (валик) под нижележащий бок пациента, чтобы достичь максимального бокового наклона в выбранном и фиксированном сегменте. Занятое исходное положение непосредственно предшествует манипуляции (по достижении состояния преднапряжения). Допустим теперь, что врач, в силу особенностей заболевания, намеревается провести манипуляцию с разогнутым позвоночником больного (рис. 59 а). В этом случае необходимо изменить укладку больного с целью проведения бокового наклона

и ротации в одну и ту же сторону (необходимое условие для смыкания суставных поверхностей прочих сегментов региона). Пациент лежит на кушетке на боку, а врач стоит лицом к нему на уровне предполагаемого воздействия. Затем он немного сгибает вышележащую ногу пациента, чтобы обеспечить ему комфортную позу. Коленный сустав опирается о край кушетки. Затем нужно подложить подушку под верхнюю часть торса пациента, чтобы добиться максимального сгибания на уровне выбранного сегмента. Те, кому выпало счастье работать на четырехсекционных столах, могут просто приподнять первую секцию, чтобы получить такой наклон. Правильно уложив пациента, следует крепко зафиксировать выбранный сегмент с помощью обеих рук. При этом одна рука, опираясь на вышележащую половину грудной клетки предплечьем и локтевым суставом, давит на одноименный плечевой сустав больного, а 1-й палец этой руки подушечкой нажимает сверху на боковую поверхность остистого отростка верхнего позвонка выбранного сегмента. Другая опирается предплечьем на вышележащий гребень подвздошной кости, в то время как ее 2-й и 3-й пальцы фиксируют снизу боковую поверхность остистого отростка нижнего позвонка выбранного сегмента. Заняв это исходное положение, врач готов после достижения преднапряжения в сегменте провести на нем прицельную манипуляцию.



Рис. 59 а.



И наконец, о случае, когда врач выбирает манипуляцию со слабо согнутым (легкая флексия) позвоночником пациента (рис. 59 б). В этом случае для достижения прицельной манипуляции в выбранном сегменте необходимо провести ротацию без сгибания корпуса больного в какую-нибудь сторону, что и приведет к постепенному связочному «замыканию» сегментов отдела позвоночника, вплоть до требуемого уровня.

Пациент лежит на кушетке на боку, а врач затем сгибает его вышележащую ногу в коленном и тазобедренном суставах, чтобы достичь слабого расхождения остистых отростков поясничных и ниже-грудных позвонков вплоть до уровня нижнего позвонка выбранного сегмента. Далее он склоняется над больным и устанавливает свои руки, как описано в двух предыдущих случаях.

**Техника проведения.** Заняв исходную позицию в соответствии с выбранным положением ниже-грудного отдела позвоночника (экстензия, флексия, слабая флексия), врач усиливает давление своими предплечьями против плечевого сустава больного и части его груди с одной стороны и против гребня подвздошной кости с другой. Нарастивая такое давление своими предплечьями, он вращает плечо и верхнюю часть корпуса больного от себя, а таз и нижнюю часть корпуса на себя. Одновременно 1-м пальцем одной руки старается сместить остистый отросток вышележащего позвонка



Рис. 59 б.

вниз, а 2-м и 3-м пальцами другой тянет остистый отросток нижележащего позвонка вверх, помогая локализации усилий. Достигнув состояния преднапряжения в выбранном сегменте (на выдохе больного), он проводит манипуляционный толчок. Этот толчок состоит в коротком, форсированном давлении обоими предплечьями в противоположных направлениях с одновременным встречным движением пальцев рук, фиксирующих остистые отростки. Важно еще раз подчеркнуть, что если в первых двух случаях состояние преднапряжения связано с замыканием суставных поверхностей прочих сегментов региона и требует значительных усилий при пальцевом давлении на остистые отростки соседних позвонков сегмента для локализации приема, то в последнем случае состояние преднапряжения обусловлено натяжением связочного аппарата позвоночника и требует чистоты ротации и верного «тканевого» чувства врача.

### **ТЕХНИКА ПРИЕМОВ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ, ВЫПОЛНЯЕМЫХ НА ПОЯСНИЧНОМ, ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОМ ОТДЕЛАХ ПОЗВОНОЧНИКА И КРЕСТЦОВО-ПОДВЗДОШНЫХ СОЧЛЕНЕНИЯХ**

**Техника приемов,  
выполняемых на мягких тканях поясничного,  
пояснично-крестцового отделов позвоночника  
и крестцово-подвздошных сочленениях**

*Разминание паравертебральной мускулатуры  
поясничного отдела позвоночника  
в положении больного лежа на животе  
(рис. 60)*

**Показания.** Повышение мышечного тонуса в области поясницы у пациентов, страдающих остеохондрозом позвоночника, возникающие на этом фоне ост-



рые и хронические боли. Прием позволяет хорошо расслабить паравертебральные мышцы и подготовить этот регион позвоночника к дальнейшим мануальным воздействиям.

**Исходное положение.** Пациент лежит на кушетке, руки свободно лежат вдоль туловища, под живот подложена небольшая подушка. Врач стоит сбоку от пациента на уровне предполагаемого воздействия. Он устанавливает основания обеих ладоней на мышечную массу паравертебральных мышц с ближайшей к нему стороны. Как вариант возможно усиление одной ладони с помощью другой, помещенной сверху.

**Техника проведения.** Врач разминает паравертебральные мышцы в латеральном направлении, растягивая их под прямым углом к мышечным волокнам. Используя «отягощенную» ладонь, можно значительно увеличить глубину «проработки» мышц. Прием проводится с обеих сторон позвоночника, для этого врач может перейти на другую сторону кушетки, но может, продолжая работать на той же стороне, использовать сомкнутые ладони, чтобы плашмя кончиками пальцев растягивать мышцы на противоположной стороне перпендикулярно их волокнам.

Прием выполняется не спеша, комфортно для пациента в течение 5—10 мин.



Рис. 60.



Рис. 61.

*Прием для расслабления  
поясничных мышц  
в положении больного лежа на животе  
(рис. 61)*

**Показания.** Аналогичны показаниям предыдущего приема.

**Исходное положение.** Пациент удобно лежит на кушетке, его лоб опирается на скрещенные впереди руки. Врач стоит сбоку от пациента на уровне воздействия. Одна рука врача располагается основанием ладони на паравертебральных мышцах с отдаленной стороны, а другая рука захватывает кистью крыло подвздошной кости снизу.

**Техника проведения.** Одной рукой врач сильно (но не грубо!) надавливает на поясничные мышцы, причем основание ладони «сползает» вниз и кнаружи, растягивая паравертебральную мускулатуру больного под прямым углом. Другая рука его оказывает синхронное противодействие за крыло подвздошной кости в направлении снизу вверх. Прием выполняется медленно и ритмично, чередуя глубокое давление и расслабление.

Прием рекомендуется повторить — 10—15 раз.



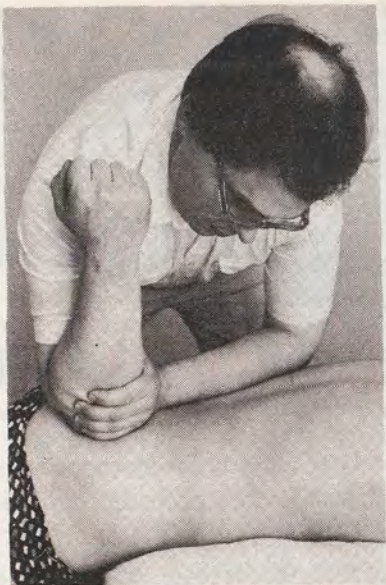


Рис. 62.

*Прием для разминания мышц области крыла и ягодичной поверхности подвздошной кости с помощью локтевого сустава (рис. 62)*

**Показания.** Повышение мышечного тонуса в области ягодиц у пациентов с некоторыми видами поясничных и иррадирующих в ногу болей. Прием при правильном проведении позволяет значительно снизить повышенный тонус мышц этого региона, уменьшить болевой синдром. Имеет самостоятельное лечебное значение, но может служить подготовкой к проведению манипуляций на поясничном отделе позвоночника и крестцово-подвздошных сочленениях.

**Исходное положение.** Пациент удобно лежит на кушетке лицом вниз, лоб его опирается на скрещенные руки. Врач стоит сбоку от больного на уровне воздействия. Он устанавливает согнутую в локтевом суставе руку на ближайшую к нему область крыла подвздошной кости, направляя и поддерживая локтевой сустав с помощью кисти другой руки.

**Техника проведения.** Заняв исходное положение, врач склоняется над пациентом и переносит вес верхней половины своего корпуса на контактирующий с мышечной массой локоть. Он производит глубокое, в медленном ритме с выдержкой разминание, перемещая воздействие вдоль спазмированных мышечных групп. Грубое разминание с сильным раздражением недопустимо, так как обязательно приведет к усилению мышечного спазма.

Прием проводится в течение 5—10 мин.

*Разминание паравертебральной мускулатуры поясничного отдела позвоночника в положении больного лежа на спине, вариант 1 (рис. 63)*

**Показания.** Аналогичны показаниям предыдущих двух приемов. Прием хорошо зарекомендовал себя при люмбаго.



Рис. 63.



**Исходное положение.** Пациент удобно лежит на кушетке лицом вверх, руки его скрещены на груди. Врач стоит со стороны воздействия. Обе руки врача расположены ладонями вверх под поясницей больного.

**Техника проведения.** Заняв исходное положение, врач тянет на себя соединенные в ряд пальцы, одновременно оказывая ими давление вверх. Это давление создается за счет использования лучезапястных суставов как рычагов.

Начиная воздействие от линии остистых отростков, врач растягивает паравертебральную мускулатуру перпендикулярно ее волокнам; короткое время он поддерживает давление и тягу, а затем вновь повторяет движение кистей.

Прием выполняется медленно, ритмично в течение 5—10 мин.

*Разминание паравертебральной мускулатуры  
поясничного отдела позвоночника  
в положении больного лежа на спине,  
вариант 2 (рис. 64)*

**Показания.** Аналогичны показаниям предыдущих трех приемов.

**Исходное положение.** Пациент лежит на спине, руки его скрещены на груди, ноги согнуты в коленных и та-



Рис. 64.

зобедренных суставах, подтянуты к животу. Врач стоит на стороне, противоположной воздействию. Одной рукой он опирается на согнутые коленные суставы пациента, а другой захватывает пучки паравертебральных мышц.

**Техника проведения.** Заняв исходное положение, врач медленными, ритмичными, эластичными движениями тянет вверх поясничные мышцы, синхронно прижимая коленные суставы больного вниз.

*Разминание паравертебральных мышц  
поясничного отдела позвоночника  
в положении больного лежа на боку (рис. 65)*

**Показания.** Аналогичны показаниям последних двух приемов.

**Исходное положение.** Больной лежит на кушетке, подложив ладони под голову и согнув ноги в коленных и тазобедренных суставах. Врач стоит сбоку от кушетки. Одним своим предплечьем он опирается о крыло подвздошной кости, а другим — о плечо больного и его реберную дугу. Согнутые пальцы плотно прижаты к паравертебральным мышцам у линии остистых отростков.

**Техника проведения.** Упираясь как рычагами своими предплечьями против гребня подвздошной кости и плечевого сустава больного, врач тащит на себя

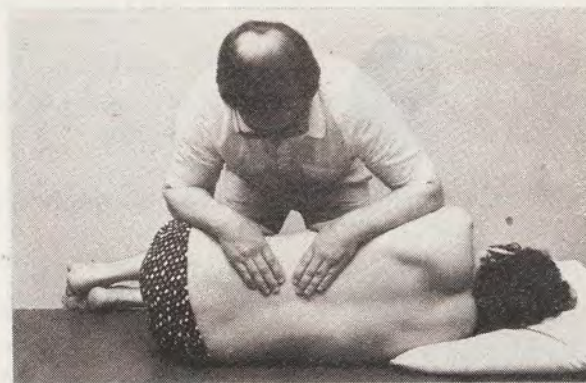


Рис. 65.



кисти рук, растягивая пучки паравертебральных мышц в поперечном направлении. Движение проводится плавно, медленно, эластично.

Можно дополнить прием растяжением паравертебральных мышц в продольном направлении (если позволяет состояние пациента). С этой целью синхронно с движением рук врач своими бедрами прижимает согнутые коленные суставы пациента к его животу.

Время выполнения приема — 7—10 мин.

### **Техника приемов нейромышечной терапии, выполняемых на области поясничного, пояснично-крестцового отделов позвоночника и крестцово-подвздошных сочленениях**

*Нейромышечная терапия поясничного и пояснично-крестцового отделов позвоночника с использованием прямого усилия мышц-агонистов и ротации в положении больного лежа на боку (рис. 66)*

**Показания.** Спазм и укорочение мышцы выпрямителя спины и квадратной мышцы поясницы. Используется в качестве подготовки к последующим приемам,

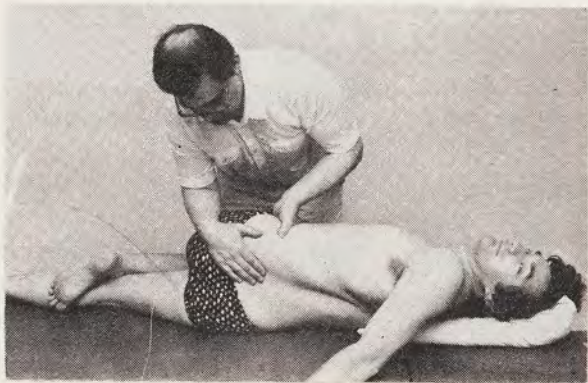


Рис. 66.

но может иметь и самостоятельное лечебное значение при гипомобильности вышеуказанных отделов позвоночника, когда в конце диапазона свободного движения не удается ощутить жесткое сопротивление (т. е. невозможно создать состояние преднапряжения).

**Исходное положение.** Пациент лежит на кушетке на боку. Вышележащая нога его согнута, и стопа лежит в подколенной ямке нижележащей ноги. Врач стоит лицом к пациенту на уровне его таза. Одной рукой врач фиксирует позвоночник больного, причем его 2-й и 3-й пальцы приложены плотно к остистому отростку нижнего позвонка того участка, который выбран для воздействия, а вся ладонь плотно прижата к половине поясницы. Предплечье этой же руки опирается на гребень соответствующей подвздошной кости и большой вертел бедра. Другая рука врача фиксирует крыло той же подвздошной кости со стороны живота больного.

**Техника проведения.** Заняв исходное положение, пациент ротирует свой корпус в направлении от врача, отводя одноименную направлению ротации руку. Ротация считается достигнутой, если прилагаемое пациентом усилие концентрируется над приложенным к позвоночнику 2-м и 3-м пальцами врача. Достигнув такой степени ротации, пациент выдерживает ее в течение 5 с, а затем расслабляется и отдыхает в течение 2—3 с.

После чего прием может быть повторен 5—6 раз. Проведение приема должно сопровождаться вдохом и перемещением взгляда пациента в направлении ротации.

*Нейромышечная терапия области крестцово-подвздошного сочленения с использованием прямого усилия мышц-агонистов в положении больного лежа на спине (рис. 67)*

**Показания.** Спазм и болезненное укорочение большой поясничной мышцы и, возможно, грушевидной мышцы. Развивающийся на этом фоне болевой синдром может быть острым и хроническим, боли часто распространяются на ягодичную область, бедро. При пальпации обычно удается выявить ирритационные зоны в области S<sub>1</sub>—S<sub>3</sub> позвонков. Подвижность пора-





Рис. 67.

женного сакроилиакального сустава ограничена (функциональная «блокада»). Может отмечаться патология в области симфиза лобковых костей. На стороне «блокированного» крестцово-подвздошного сочленения ветвь лобковой кости смещается вверх (краниально). Развивающаяся в ходе выполнения приема мышечная тяга за лобковую кость косвенно способствует мобилизации крестцово-подвздошного сочленения и восстанавливает равномерную установку ветвей лобковых костей.

**Исходное положение.** Пациент располагается на кушетке лицом вверх. Важно для сглаживания поясничного лордоза подложить подушку под шейно-грудной отдел позвоночника. Одна нога пациента, на здоровой стороне, максимально согнута в коленном и тазобедренном суставах. Другая нога, на пораженной стороне, полностью разогнута в тазобедренном суставе, согнута в коленном, а ее голень свисает с края кушетки. Врач стоит ближе к концу кушетки, со стороны воздействия. Одну свою руку он кладет на согнутую в тазобедренном и коленном суставах ногу больного, фиксируя ее и обеспечивая неподвижность таза в ходе приема; другую руку — всей ладонью над коленным суставом больной ноги пациента.

**Техника проведения.** Заняв исходное положение, пациент по предложению врача создает изометрическое напряжение, пытаясь (усилие не должно вызывать бо-

лезненных ощущений!) выполнить сгибание и приведение разогнутой в тазобедренном суставе ноги. Пациент поддерживает прилагаемое усилие в течение 5 с.

После 2—3-секундного отдыха прием повторяется 5—6 раз.

*Нейромышечная терапия области крестцово-подвздошных сочленений с использованием прямого усилия мышц-агонистов и постизометрической релаксации в положении больного лежа на боку (рис. 68)*

**Показания.** В целом аналогичны данным в предыдущем приеме.

**Исходное положение.** Пациент лежит на кушетке на боку, вверх пораженным крестцово-подвздошным сочленением. Вышележащая нога пациента согнута в коленном и тазобедренном суставах, стопа ее помещается в подколенную ямку нижележащей ноги. Корпус пациента находится в положении легкого сгибания и ротирован в направлении от врача. Степень ротации должна быть достаточной для образования «замыкания» вышележащих отделов позвоночника за счет натяжения связочного аппарата, не допускаются какие-либо боковые наклоны позвоночника. Врач стоит



Рис. 68.



перед пациентом, на уровне предполагаемого воздействия. Одну свою руку, усиленную наложением другой руки, он помещает на крестцовую кость, причем локтевой край кисти этой руки плотно фиксирует нижний край крестцово-подвздошного сочленения. Врач далее как бы наваливается на пациента верхней частью своей грудной клетки со стороны фиксирующей руки на область тазобедренного сустава вышележащей ноги пациента, а предплечьем усиливающей руки — на боковую поверхность его грудной клетки. Этим достигается надежная стабилизация тела пациента при выполнении приема.

**Техника проведения.** Заняв исходное положение, врач предлагает пациенту произвести активное разгибание в пояснице (экстензию). При этом пациент оказывает своим тазом давление на приложенные к крестцу фиксирующие руки врача. Пациент поддерживает усилие 5 с, после чего расслабляется на 2—3 с, и прием повторяется вновь 5—6 раз. Этим достигается релаксация мышц-агонистов области крестцово-подвздошного сочленения, непосредственно участвующих в активном движении больного, за счет их утомления от прямого усилия, повторенного несколько раз. Подчас этого бывает достаточно, чтобы увеличить подвижность в крестцово-подвздошном сочленении и подготовить его к последующей манипуляции. Возможно, однако, не меняя исходного положения, провести постизометрическую релаксацию мышц области сочленения: предложив пациенту сначала (на вдохе) создать изометрическое напряжение в направлении разгибания, а затем, медленно выдыхая, расслабиться. В этой фазе врач оказывает легкое (насколько позволяют расслабляющиеся мышцы) давление фиксирующей рукой на крестец, смещая его вперед и вниз (вентрокаудально).

*Постизометрическая релаксация  
мышцы-выпрямителя спины  
в области поясничного отдела позвоночника  
в положении больного лежа на боку (рис. 69)*

**Показания.** Спазм и укорочение мышцы-выпрямителя спины, рельефно выделяющейся по обе стороны поясничного отдела позвоночника. Обычно такое со-

стояние сочетается со спазмом и укорочением большой поясничной мышцы, квадратной мышцы поясницы, ослаблением мышц живота; причиной его обычно является патология поясничного отдела позвоночника (гиперлордоз, спондилолистез и др.) и тазобедренных суставов (артроз). Возникающие на этом фоне боли могут иметь острый или хронический характер, локализоваться в области крестца или распространяться на нижние конечности. При изучении объема движений в поясничном отделе позвоночника выявляется уменьшение переднего сгибания и бокового наклона без ощущения четкого сопротивления в конце диапазона свободного движения.

**Исходное положение.** Пациент удобно лежит на кушетке на боку. Для того чтобы добиться максимально возможного в конкретной ситуации исходного натяжения мышцы-выпрямителя спины (у границы диапазона свободного, безболезненного движения), ноги пациента сгибаются в коленных и тазобедренных суставах, верхняя часть корпуса также согнута кпереди, нижележащее плечо выведено вперед. Корпус пациента ротирован в направлении от врача ровно настолько, чтобы создать «замыкание» грудного отдела позвоночника за счет натяжения его связочного аппарата. Врач стоит лицом к пациенту на уровне его среднего региона поясничного отдела позвоночника. Он склоняется над пациентом, чтобы, надавливая верхней частью своего



Рис. 69.



корпуса, надежно стабилизировать тело пациента, прижав его к кушетке. Одна рука врача ладонью прижата к крестцовой кости, а другая рука, также ладонью, ложится на поясничный отдел позвоночника (пальцы фиксируют средние позвонки этого региона — L<sub>3</sub>—L<sub>4</sub>).

**Техника проведения.** Заняв исходное положение, врач предлагает пациенту создать изометрическое напряжение мышцы-разгибателя спины. С этой целью пациент должен оказать тазом умеренное давление на приложенную к крестцу руку врача (как бы «отставить таз»). Выдержав на вдохе это усилие (примерно 10 с), пациент расслабляется и выдыхает. Во время наступающей фазы релаксации (также примерно 10 с) врач растягивает мышцу-выпрямитель спины, усиливая сгибание поясничного отдела позвоночника. Сгибание достигается тягой за крестец в нижнепереднем (каудовентральном) направлении. Врач может усиливать это сгибание за счет дополнительного сгибания таза, которое может быть достигнуто синхронным давлением корпуса или бедер врача на согнутые в тазобедренных суставах ноги пациента (т. е. врач, наваливаясь телом, приближает бедра пациента к его животу).

Прием повторить 4—5 раз.

### *Постизометрическая релаксация мышцы-напрягателя широкой фасции бедра (рис. 70)*

**Показания.** Спазм и болезненное укорочение мышцы-напрягателя широкой фасции бедра с типичными тянущими болями. Эти боли, имеющие преимущественно хронический характер, распространяются вдоль наружной поверхности бедра. При пальпации выявляется отчетливая болезненность этого участка нижней конечности, особенно в области перехода собственно мышцы в сухожильную часть. Указанные патологические изменения затрудняют приведение (аддукцию) бедра (например, больной не может сесть, забросив ногу на ногу, и др.).

**Исходное положение.** Пациент лежит на кушетке на боку, на пораженной стороне. Вышележащая нога согнута в тазобедренном и коленном суставах и опирается коленом и голенью о кушетку, что позволяет стаби-

лизировать таз в ходе приема. Можно рекомендовать и дополнительную фиксацию таза на кушетке с помощью широкого ремня (типа автомобильного ремня безопасности). Врач стоит лицом к спине больного, на уровне его таза, двумя руками полностью захватывая разогнутую нижележащую ногу пациента. При этом одна рука захватывает дистальную часть бедра, сразу же над коленным суставом, а другая рука, охватывая голень пациента, удерживает ее непосредственно под коленным суставом, причем голеностопный сустав покоится в локтевом сгибе этой руки. Нога пациента разворачивается внутренней стороной бедра вверх и опирается о бедра врача.

**Техника проведения.** Заняв исходное положение, врач несколько приподнимает ногу пациента, сохраняя ее опору на своих бедрах, т. е. усиливает ее пассивное приведение. Степень этого приведения должна соответствовать границе свободного и безболезненного движения. Достигнув этой границы, больной должен оказать (на вдохе) умеренное давление ногой в направлении вниз и на себя (отведение) против сопротивления фиксирующих рук врача. Результатом является изометрическое напряжение мышцы-напрягателя широкой фасции бедра. Выдержав такое сопротивление в течение примерно 10 с, врач предлагает больному выдохнуть и расслабиться. Одновременно он начинает использовать фазу постизометрического расслабления



Рис. 70.



для медленного (в течение 10—15 с) растяжения поврежденной мышцы. С этой целью он, следуя «по пятам» за наступающим ее расслаблением, усиливает приведение ноги (поднимая ее вверх и немного на себя). Почувствовав появляющееся сопротивление со стороны мышц больного, нужно прекратить выполнение приема. Прием возобновляется с вновь достигнутой границы свободного движения.

Всего рекомендуется провести 5—7 таких повторений.

### *Постизометрическая релаксация подвздошно-поясничной мышцы (рис. 71)*

**Показания.** Прием используется как подготовительный перед проведением манипуляций на соответствующем крестцово-подвздошном сочленении, а также на нижних поясничных сегментах ( $L_4—L_5$ ,  $L_5—S_1$ ). Имеет самостоятельное лечебное значение при спазме и боле-



Рис. 71.

зненном укорочении подвздошно-поясничной мышцы, что часто сочетается со спазмом мышцы-разгибателя спины в поясничной области, ослаблением мускулатуры передней брюшной стенки. Возникающие на этом фоне боли носят типичный тянущий характер, диффузно распределяются внизу живота, в паховой области, в области крестца. При искусственном выпрямлении поясничного лордоза можно выявить уменьшение разгибания соответствующего бедра без ощущения четкой границы диапазона свободного движения.

**Исходное положение.** Для того, чтобы добиться нужного исходного положения, непосредственно предшествующего проведению приема, необходимо правильно уложить больного на кушетку. С этой целью необходимо подвести пациента к кушетке (высота ее — примерно до уровня ягодичной складки больного) и предложить ему опереться тазом на край этой кушетки (но не садиться!). При этом седалищный бугор пациента как раз обопрется о край кушетки. Затем пациент должен согнуть ногу на здоровой стороне, обхватить коленный сустав скрещенными пальцами и прижать бедро к грудной клетке. Кроме того, пациент должен за счет сгибания шеи кпереди образовать кифоз («выгнутость» позвоночника кзади) в грудном и поясничном отделах.

Врач стоит рядом с пациентом, сбоку от него, со здоровой стороны. Одну свою руку он прикладывает поверх сцепленных пальцев больного под коленным суставом и проводит дополнительное, пассивное сгибание бедра, приближая его к животу больного. Другую руку врач устанавливает на шейный отдел позвоночника больного, помогая сохранить сглаженность поясничного лордоза за счет сгибания ниже-шейного и грудного отделов позвоночника.

Из этого положения (рис. 71, а) врач начинает укладывать пациента на кушетку. С этой целью он, сохраняя захваты на шее и колене больного и поддерживая его, мягко опрокидывает пациента на спину. Поясничный лордоз должен быть сглажен, для этого под голову пациента, шею, верхнюю часть корпуса заранее подкладывается достаточно большая подушка.

Теперь врач перехватывает свои руки: одна рука его опирается (передавая вес верхней части корпуса) на коленный сустав согнутой ноги пациента со здоровой





Рис. 71 а.

стороны; другая рука ладонью опирается как раз над коленным суставом ноги пациента с пораженной стороны. Эта нога, начиная от ягодичной складки, располагается вне пределов кушетки, она разогнута в тазобедренном суставе и согнута в коленном.

**Техника проведения.** Заняв исходную позицию, врач легко давит рукой, расположенной над коленным суставом ноги с поврежденной стороны, смещая ее вниз, до предела свободного движения. Смещение должно быть абсолютно безболезненным. Ощувив некоторое мышечное сопротивление, врач останавливается и начинает проведение приема. Он предлагает пациенту глубоко вдохнуть, перевести взгляд в направлении головного конца кушетки и одновременно умеренно надавить разогнутым бедром против фиксирующей ладони (т. е. попробовать согнуть бедро). Такое умеренное давление пациент оказывает в течение примерно 10 с, активизируя в изометрическом режиме подвздошно-поясничную мышцу. По завершении этой фазы пациент должен выдохнуть, расслабиться и перевести взгляд в направлении ног. Используя наступающую фазу изометрической релаксации, врач оказывает давление ладонью на разогнутое бедро пациента, смещая его вниз, насколько позволяет «тающая» подвздошно-поясничная мышца. Прием проводится мягко, не спеша примерно 10—15 с. Почувствовав возникающее сопротивление, следует прекратить прием и отметить

вновь достигнутый рубеж. С нового рубежа и начинается каждое последующее повторение приема.

Всего рекомендуется 5—7 таких повторений.

### *Постизометрическая релаксация грушевидной мышцы (рис. 72)*

**Показания.** Может использоваться в качестве подготовки к проведению манипуляций на крестцово-подвздошном сочленении. В то же время прием имеет самостоятельное лечебное значение в случаях рефлекторного спазма и болезненного укорочения грушевидной мышцы. Возникающие в этом случае боли обычно носят хронический характер, чаще локализируются в области соответствующей ягодицы, но возможно распространение болей и вдоль всей нижней конечности, что наблюдается в случаях сдавления (компрессии) спазмированной мышцей седалищного нерва. Боли усиливаются при полном приведении и внутренней ротации бедра. При пальпации ягодичной области удастся прощупать плотную и болезненную грушевидную мышцу.

**Исходное положение.** Пациент лежит на кушетке лицом вверх. Одна нога пациента (на стороне поражения) сгибается полностью в коленном суставе, а в тазобедренном — под углом примерно в  $70^\circ$  к поверхности



Рис. 72.



тела. Другая нога свободно покоится на кушетке. Врач стоит сбоку от пациента, с пораженной стороны. Одной своей рукой он опирается, используя вес своего тела, на верхнепереднюю ость подвздошной кости, надежно фиксируя таз больного на кушетке. Другой рукой обхватывает согнутую ногу пациента, прижимая к соответствующей половине своей грудной клетки.

**Техника проведения.** Заняв исходное положение, врач налегает своим корпусом на согнутую ногу больного, осуществляя некоторое приведение (аддукцию) бедра. Степень такого приведения определяется максимально возможным натяжением мышцы без какого-либо сопротивления и болезненных ощущений. Появление указанных ощущений определяет конец диапазона свободного движения. На этом рубеже врач останавливается и предлагает пациенту медленно вдохнуть, перевести взгляд в сторону поражения и синхронно произвести умеренное давление коленным суставом против корпуса врача в направлении отведения (абдукция). Результатом совместных усилий пациента и врача-терапевта является изометрическая активация грушевидной мышцы, которую целесообразно поддерживать около 10 с. После чего пациент должен расслабиться, медленно и глубоко выдохнуть, одновременно переводя взгляд в здоровую сторону. Одновременно врач, налегая корпусом на согнутую ногу пациента и следуя «по пятам» за наступающей постизометрической релаксацией грушевидной мышцы, бережно растягивает ее в направлении приведения. Почувствовав малейшее сопротивление такому растяжению, врач прекращает прием, который возобновляется уже с вновь достигнутого рубежа.

Рекомендуется провести 5—7 таких повторений.

### *Постизометрическая релаксация прямой мышцы бедра (рис. 73)*

**Показания.** Прием имеет большое самостоятельное лечебное значение при рефлекторных и нейротрофических повреждениях прямой мышцы бедра. Возникающий при этом болевой синдром локализуется обычно в дистальной трети наружной поверхности бедра и в области коленной чашечки. Характерны типичные

тянущие боли. При пальпации выявляется спазм и болезненное укорочение прямой мышцы бедра, сочетающееся подчас с ослаблением широкой медиальной мышцы бедра и гипертонусом мышцы-выпрямителя спины в поясничной области. При исследовании сгибания в коленном суставе при полностью разогнутом бедре (положение больного на животе) выявляется уменьшение диапазона такого движения, иногда наблюдается одновременный наклон таза кпереди.

**Исходное положение.** Пациент лежит на кушетке лицом вниз, лоб опирается на скрещенные руки. Одна нога пациента с пораженной мышцей согнута в коленном суставе примерно под прямым углом, другая нога свободно лежит на кушетке. Врач стоит сбоку от пациента, со здоровой стороны. С помощью одной своей руки, налегая на нее весом тела, он фиксирует всей ладонью ягодичную область пациента на поврежденной стороне. В данном случае для надежной фиксации таза целесообразно применять широкий ремень. Другой рукой врач захватывает согнутую ногу пациента за переднюю поверхность колена, причем голеностопный сустав этой ноги помещается против его плечевого сустава, при этом согнутая голень несколько повернута наружу.

**Техника проведения.** Заняв исходное положение, врач склоняется над больным, усиливая тем самым сгибание голени в коленном суставе. Степень такого



Рис. 73.



сгибания должна соответствовать максимально возможному в конкретной ситуации натяжению тканей, не создающему дискомфорта для пациента. Одновременно он усиливает это натяжение и создает наиболее оптимальные условия для изометрического напряжения прямой мышцы бедра, чуть-чуть отрывая бедро от кушетки (т. е. производит гиперэкстензию в тазобедренном суставе). Далее пациенту предлагается медленно вдохнуть и оказать умеренное давление согнутой в коленном суставе ногой на руку врача в направлении сгибания бедра и разгибания колена. Врач оказывает адекватное сопротивление этому давлению, в результате появляется изометрическая активация прямой мышцы бедра. Выждав оптимальное время такой активации (примерно 10 с), врач предлагает пациенту выдохнуть и расслабиться. В продолжение последующей фазы изометрического расслабления (10—15 с) врач мягко производит пассивное растяжение прямой мышцы бедра, усиливая экстензию бедра, насколько позволяет «тающая» мышца; угол сгибания голени остается прежним. Ощувив сопротивление растяжению, врач прекращает разгибание бедра. Перед повторением необходимо оценить результативность проведенного приема по увеличению свободного сгибания голени в коленном суставе, предварительно несколько уменьшив разгибание бедра. С этого нового положения голени начинается повторение приема.

Рекомендуется провести 5—7 таких повторений.

### *Постизометрическая релаксация приводящих мышц бедра (рис. 74)*

**Показания.** Прием имеет большое самостоятельное лечебное значение при рефлекторных и нейротрофических поражениях приводящих мышц бедра. Возникающий при этом болевой синдром характеризуется типичными тянущими болями в паховой области, распространяющимися по внутренней поверхности бедра. Пальпация сухожильных порций приводящих мышц обычно резко болезненна, прощупываются также и собственно эти мышцы, болезненные, спазмированные, укороченные. При попытке отведения (абдукции) ноги выявляется уменьшение диапазона свободного, безболезненного движения.

**Исходное положение.** Пациент лежит на кушетке на здоровой стороне, руки сложены под головой. Нижележащая нога сгибается в коленном и тазобедренном суставах для стабилизации тела больного. Вышележащая нога полностью разогнута в тазобедренном и коленном суставах. Врач стоит лицом к спине пациента, примерно на уровне его таза. Одной рукой врач фиксирует таз пациента, налегая весом своего тела на ладонь, приложенную к крылу подвздошной кости. Желательна добавочная фиксация таза широким ремнем. Другой рукой врач захватывает распрямленную вышележащую ногу пациента, причем его ладонь ложится на внутреннюю поверхность колена. Устанавливая эту ладонь, врач старается не давить тенаром на область разветвления нервов над мышелком бедренной кости. Предплечье этой же руки поддерживает голень пациента.

**Техника проведения.** Заняв исходное положение, врач производит максимально возможное в конкретной ситуации отведение бедра, поддерживая коленный сустав своей ладонью, а голень предплечьем. Степень такого отведения определяется натяжением приводящих мышц, не создающим дискомфорта для больного. Затем больной должен вдохнуть, перевести взгляд на пол и одновременно оказать по нарастающей умеренное давление бедром и голенью на поддерживающую руку врача в направлении приведения. Врач оказывает



Рис. 74.



адекватное сопротивление такому давлению, в результате чего происходит изометрическая активация приводящих мышц. Выждав оптимальное время (около 10 с) пациент должен выдохнуть, расслабиться и перевести взгляд на потолок. Используя наступающую фазу изометрического расслабления приводящих мышц, врач производит их бережное растяжение, усиливая отведение бедра (примерно 10—15 с). Ощувив появляющееся сопротивление такому растяжению, врач останавливается и отмечает рубеж, с которого он и начнет повторение приема.

Рекомендуется провести 5—7 таких повторений.

### *Постизометрическая релаксация задней группы мышц бедра (рис. 75)*

**Показания.** Прием имеет большое самостоятельное лечебное значение при спазме и укорочении мышц задней поверхности бедра и, отчасти, голени. Такое состояние указанных мышц может возникать в результате рефлекторных и нейротрофических повреждений, малоподвижного образа жизни и специфических перегрузок. Например, у женщин после рабочего дня, проведенного «на каблучках», очень часто появляются тупые ноющие боли по задней поверхности бедер и икр. Такие типичные тянущие боли, обычно хронические,



Рис. 75.

сопровождаются уменьшением сгибания бедра при распрямленном колене. Характерно, что в конце диапазона свободного движения не появляется ощущение четкого сопротивления, напротив, возникает чувство растяжения тугой резины, одновременно большой начинает жаловаться на постепенно усиливающуюся ноющую боль по задней поверхности бедра. В этом состоит важное отличие рассматриваемых здесь мышечных изменений от известного симптома Ласега, когда при попытке произвести сгибание бедра при выпрямленном коленном суставе возникает жесткое сопротивление мышц с характерными болями в ноге и пояснице. В этом случае проведение данного приема является нецелесообразным.

**Исходное положение.** Пациент удобно лежит на спине, руки его скрещены на груди. Желательно с помощью двух широких ремней фиксировать таз и здоровую ногу пациента на кушетке. Врач стоит сбоку от пациента, с пораженной стороны, примерно на уровне его коленных суставов. Он захватывает обеими руками больную ногу пациента. Причем одна рука обхватывает голень с внутренней стороны так, чтобы кисть легла на голень сразу же под коленным суставом, голеностопный сустав покоился в локтевом сгибе, а нога была несколько развернута наружу. Другая рука врача ложится ладонью на наружную поверхность коленного сустава, чтобы контролировать его разгибание и ротацию всей ноги.

**Техника проведения.** Заняв исходное положение, врач производит пассивное сгибание бедра пациента, поднимая вверх его выпрямленную ногу. Степень такого сгибания определяется максимально возможным натяжением мышц задней группы бедра, при котором не возникает дискомфорта у пациента. После чего врач предлагает пациенту глубоко и медленно вдохнуть, перевести взгляд в направлении ног и одновременно оказать умеренное давление на предплечье врача в направлении разгибания бедра (вниз). Врач оказывает адекватное сопротивление такому давлению, в результате чего возникает изометрическая активация мышц задней группы бедра, отчасти, и голени. Выдержав оптимальное время (около 10 с), пациент должен выдохнуть, перевести взгляд в противоположном направлении и расслабиться. Используя наступающее постизо-



метрическое расслабление мышц, врач начинает пассивное растяжение мышц задней группы бедра за счет усиления его сгибания (поднимание распрямленной ноги вверх). Это растяжение продолжается пока «позволяют» расслабляющиеся мышцы (примерно 10—15 с). Как только врач начинает ощущать малейшее сопротивление, он прекращает прием и отмечает тот новый рубеж, с которого начнется повторение.

Рекомендуется провести 5—7 таких повторений.

### **Техника приемов ручного вытяжения, выполняемых на уровне поясничного, пояснично-крестцового отделов позвоночника и сакроилиакальных суставов**

#### *Тракция позвоночника*

*с использованием обеих нижних конечностей в положении больного лежа на спине (рис. 76)*

**Показания.** Используется в качестве подготовки к дальнейшим манипуляциям на поясничном, пояснично-крестцовом отделах позвоночника, подчас и на крестцово-подвздошных сочленениях. Может применяться и как самостоятельный лечебный прием у пожилых



Рис. 76.

и ослабленных больных. При остром простреле, когда из-за резкой боли невозможны другие приемы, тракция в сочетании с релаксирующим массажем может оказаться единственным средством для уменьшения болей.

**Исходное положение.** Больной лежит на кушетке на спине. Руками он захватывает головной конец кушетки. Голеностопные суставы обеих нижних конечностей несколько выдаются за ножной конец кушетки. Врач стоит со стороны этого края кушетки, расставив ноги на ширину плеч. Он захватывает обе ноги пациента своими обеими руками как раз над голеностопными суставами и немного приподнимает их над поверхностью кушетки (на 20—30 см). Для лучшей устойчивости врач может опереться стопами в ножки кушетки.

**Техника проведения.** Заняв исходное положение, врач производит тракцию позвоночника тягой за обе нижние конечности, используя отклонение всего своего корпуса назад. Прилагаемое врачом усилие при такой тракции может быть максимальным. Наравивать его следует медленно, не торопясь, и так же постепенно это усилие должно ослабевать.

Прием повторить 3—5 раз.

#### *Тракция позвоночника*

*с использованием одной нижней конечности в положении больного лежа на спине (рис. 77)*

**Показания.** В основном те же, что и в предыдущем приеме. Однако данный прием может оказаться более подходящим для пациентов с неравномерной установкой таза (например, на фоне «блокады» крестцово-подвздошного сочленения), разной длиной нижних конечностей, артритом тазобедренного или коленного сустава и пр.

**Исходное положение.** Пациент удобно лежит на кушетке лицом вверх, руки его свободно располагаются вдоль туловища, голеностопные суставы несколько выступают за ножной край кушетки. Врач стоит, расставив ноги на ширину плеч и развернув свой таз под углом к этому краю кушетки. При этом его одна передневерхняя ость подвздошной кости выдвигается



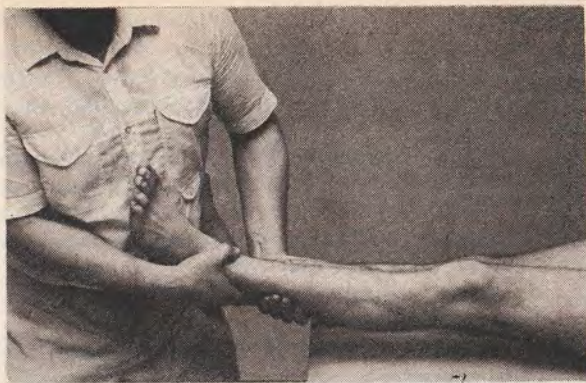


Рис. 77.

вперед, и на нее опирается всей стопой нога пациента. Другую ногу пациента, выбранную для проведения тракции, врач захватывает обеими руками, причем кисти прилагаются как раз над голеностопным суставом.

**Техника проведения.** Заняв исходное положение, врач проводит тягу за захваченную обеими руками ногу пациента, отклоняя назад свой корпус. Одновременно он проводит дальнейшую ротацию своего таза в прежнем направлении, толкая крылом подвздошной кости опирающуюся на нее ногу больного в краниальном направлении (вперед). По мнению Е. Рыхликовой, это потенцирует действие тракции позвоночника.

Прием выполняется не спеша, медленно, причем ослабление усилия также производят постепенно.

Рекомендуется повторить прием 5—7 раз.

*Тракция позвоночника на фоне его переднего сгибания в поясничном отделе с использованием обеих нижних конечностей в положении больного лежа на спине (рис. 78)*

**Показания.** В целом совпадают с показаниями для «Тракции позвоночника с использованием обеих нижних конечностей в положении больного лежа на спи-



Рис. 78.

не». Однако данная тракция предпочтительнее для больного, у которого наблюдается уменьшение болей при переднем сгибании позвоночника (анталгическая поза).

**Исходное положение.** Пациент лежит на кушетке с согнутыми в тазобедренных и коленных суставах ногами. Руки его скрещены на груди. Стопы пациента расположены на самом краю кушетки. Врач стоит, расставив ноги на ширину плеч, около ножного конца кушетки и предлагает пациенту опереться носками стоп о свои бедра. Обеими руками врач захватывает ноги больного, причем, что очень важно, предплечья должны находиться на уровне подколенных ямок.

**Техника проведения.** Заняв исходное положение, врач начинает тягу своими предплечьями за самую верхнюю часть голени больного. Эта тяга осуществляется не за счет движения рук врача, а за счет отклонения всего его корпуса назад. При этом таз пациента несколько приподнимается от кушетки, что способствует формированию переднего сгибания в поясничном отделе позвоночника. Прием выполняют неторопливо, постепенно наращивая и ослабляя прилагаемое усилие.

Рекомендуется провести 5—7 повторений.



*Тракция позвоночника  
с использованием обеих нижних конечностей  
в положении большого лежа на животе  
(рис. 79)*

**Показания.** В целом соответствуют предыдущему приему. Однако в тех случаях, когда у больного отмечается уменьшение болей при разгибании позвоночника, больше подходит описываемый прием.

**Исходное положение.** Больной лежит на кушетке лицом вниз, стопы его несколько выступают за ножной край кушетки, выпрямленными руками он держится за головной край кушетки. Дыхание больного должно быть свободным. Врач стоит у ножного конца кушетки, руками он захватывает обе ноги пациента как раз над его голеностопными суставами.

**Техника проведения.** Заняв исходное положение, врач начинает тянуть пациента руками за ноги, взявшись за его колени. Важно помнить, что на руки передается усилие, развиваемое при отклонении всего корпуса врача назад. Тяга медленно наращивается и постепенно ослабевает. Если пациент хорошо расслаблен, то допустимо в конце диапазона тракции провести дополнительное форсированное усилие в том же направлении (неспецифическая тракционная манипуляция). Релаксацию больного в ходе этого приема

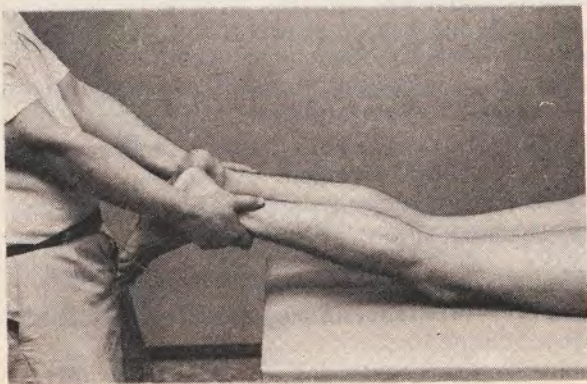


Рис. 79.

можно оценить, наблюдая за исчезновением паравертебральных валиков спазмированной мускулатуры.

Прием обычно выполняют 5—7 раз.

**Техника приемов мобилизации,  
выполняемых на поясничном,  
пояснично-крестцовом отделах позвоночника  
и на крестцово-подвздошных сочленениях**

*Прицельная мобилизация сегментов  
поясничного  
и пояснично-крестцового отделов  
позвоночника с помощью ротации  
в положении больного лежа на боку  
(рис. 80)*

**Показания.** Сегментарная гипомобильность (функциональные «блокады») в указанных отделах позвоночника, проявляющаяся преимущественно в ограничении ротации и бокового наклона. Возникающий на этом фоне болевой синдром может быть острым или хроническим, чаще он локализуется в области поврежденных сегментов. При этом при пальпации удается выявить спазм и болезненное укорочение мышцы-выпрямителя спины, квадратной мышцы поясницы, грушевидной мышцы; отчетливо прощупываются ирритационные зоны в области Th<sub>12</sub>—S<sub>1</sub> позвонков. Прием хорошо подготавливает больного к последующим манипуляциям ротационного типа.

**Исходное положение.** Пациент удобно располагается на кушетке на боку. Одну свою руку он подкладывает под голову, другую отводит в направлении будущей ротации. Вышележащая нога пациента согнута в коленном и тазобедренном суставах, носок ее покоится в подколенной ямке нижележащей ноги.

Врач стоит лицом к пациенту на уровне предполагаемого воздействия. Он склоняется над больным и помещает обе свои руки на его позвоночник. При этом кончиками 2-го и 3-го пальцев одной своей руки (например, левой) врач крепко фиксирует остистый отросток вышележащего (краниального) позвонка





Рис. 80.

выбранного сегмента со стороны, удаленной от кушетки; кончиками 2-го и 3-го пальцев своей другой руки (например, правой) он плотно фиксирует остистый отросток нижележащего (каудального) позвонка этого же сегмента со стороны, приближенной к кушетке.

**Техника проведения.** Заняв исходное положение, врач, используя левую кисть и соответствующее предплечье, сначала поворачивает таз пациента на себя так, чтобы нацелить прилагаемое усилие как раз над приложенными к нижележащему (каудальному) позвонку 2-м и 3-м пальцами этой кисти. Потом, используя свою правую кисть и соответствующее предплечье, врач поворачивает верхнюю часть корпуса пациента от себя так, чтобы максимальное напряжение тканей концентрировалось бы точно под приложенными к вышележащему (краниальному) позвонку 2-м и 3-м пальцами этой кисти.

Для облегчения этой фазы ротации локоть врача оказывает давление против вышележащего плеча больного. Таким образом, за счет поэтапного движения рук врача выбранный для воздействия сегмент позвоночника подводится к границе диапазона свободного движения.

Теперь врач имеет возможность провести собственно прицельную пассивную мобилизацию выбранного сегмента с помощью непосредственной тяги за остис-

тый отросток нижележащего (каудального) позвонка. Эта тяга осуществляется через приложенные к остистому отростку пальцы за счет дальнейшего постепенного увеличения ротации нижележащего отдела позвоночника и таза в направлении на врача.

Прием выполняется не спеша, сообразуясь с дыханием больного (увеличение тяги — на выдохе).

Рекомендуется провести 5—7 повторений.

*Прицельная мобилизация  
пояснично-крестцового отдела позвоночника  
с помощью переднего сгибания  
в положении больного лежа на боку  
(рис. 81)*

**Показания.** Функциональная «блокада» сегмента L<sub>5</sub>—S<sub>1</sub> позвонков. Возникающие на этом фоне хронические локальные боли. Данный прием нежелателен при остром поясничном простреле (люмбаго), поясничных болях компрессионного генеза.

При пальпации в рассматриваемой ситуации выявляется обычно ирритационная зона в области позвонков L<sub>5</sub>, S<sub>1</sub>, удастся прощупать также укороченную и спазмированную мышцу-выпрямитель спины.



Рис. 81.



**Исходное положение.** Пациент лежит на кушетке на боку. Нижележащая рука его подложена под голову, и плечо этой руки выведено вперед. Вышележащая рука отведена в сторону. Ноги пациента согнуты в коленных и тазобедренных суставах. Врач стоит лицом к больному на уровне воздействия. Сначала он вращением от себя грудного и поясничного отделов позвоночника «запирает» лежащие над областью воздействия позвоночные сегменты пациента. Это «запирание» осуществляется благодаря натяжению связочного аппарата позвоночника. Затем врач склоняется над пациентом и устанавливает свои руки на его позвоночник. При этом подушечками 2-го и 3-го пальцев одной руки он фиксирует остистый отросток позвонка L<sub>5</sub>. Ладонь и предплечье этой руки расположены вдоль позвоночника и подкрепляют связочное «запирание». Другая рука врача плотно прижата ладонью и частью предплечья к крестцовой кости; пальцы этой руки (2-й и 3-й) подушечками фиксируют остистый отросток позвонка S<sub>1</sub>. Закончив установку рук, врач предлагает пациенту установить голени ног, согнутых в тазобедренных и коленных суставах, против своего корпуса или бедер.

**Техника проведения.** Заняв исходное положение, врач начинает плавную пассивную мобилизацию пояснично-крестцового сегмента за счет сгибания (флексии) в этом сегменте. Такое сгибание достигается кистью и предплечьем врача посредством тяги за остистый отросток позвонка S<sub>1</sub> и крестцовую кость пациента. Направление тяги — вентро-каудальное, т. е. диагонально в направлении живота больного и его ног. Сгибание в пояснично-крестцовом сегменте усиливается за счет синхронного сгибания в тазобедренных суставах пациента. Для этого одновременно с тягой рукой на пояснице больного врач прижимает своим корпусом (бедрами) согнутые колени больного в направлении к его животу. Дойдя до границы возможного в конкретной ситуации диапазона движения, врач постепенно ослабляет прилагаемое усилие. Прием выполняется не спеша, сообразуясь с дыханием пациента (тяга прилагается на выдохе).

Прием повторяют 5—7 раз.

### *Неспецифическая мобилизация поясничного и пояснично-крестцового отделов позвоночника с помощью ротации в положении больного сидя (рис. 82)*

**Показания.** В целом соответствуют подобному приему в положении больного лежа на боку.

**Исходное положение.** Пациент удобно сидит на кушетке, разведя бедра. Руки его скрещены за головой, локти ориентированы вперед. Врач стоит сзади пациента, вплотную к нему. Он подводит одну свою руку под одноименным плечом пациента и через «окошечко», образованное плечом и предплечьем на противоположной стороне, своей кистью захватывает разноименное плечо больного. Другой рукой врач берется за находящийся между бедрами пациента край кушетки. Это необходимо для опоры врача и стабилизации корпуса больного.

**Техника проведения.** Заняв исходное положение,



Рис. 82.



врач, используя тягу рукой, лежащей на плече пациента, придает поясничному отделу позвоночника вращение и боковой наклон (в сторону этой же руки). Не прерывая движения, он сообщает корпусу пациента дальнейшее круговое движение, например сгибание вперед, вращение влево, левый боковой наклон, разгибание, сгибание вперед, вновь вращение влево и т. д. Изменяя степень сгибания вперед, бокового наклона, разгибания, ротации, врач получает возможность приблизительно «нацеливать» прием на тот или иной участок поясничного отдела позвоночника. Более того, данная техника позволяет оказывать воздействие, различное по силе и в разных направлениях движения.

Прием выполняют без резких движений, плавно переводя корпус пациента из одной позиции в другую, не вызывая у него чувства дискомфорта и не «сбивая» с дыхания.

Прием можно повторить 5—7 раз.

*Полисегментная мобилизация поясничного и пояснично-крестцового отделов позвоночника с помощью ротации в положении больного сидя (рис. 83)*

**Показания.** В целом совпадают с показаниями прицельной ротационной мобилизации той же области позвоночника в положении больного лежа на боку. Предлагаемый прием хорошо подготавливает пациента к последующим ротационным манипуляциям.

**Исходное положение.** Пациент сидит верхом у самого конца кушетки. Руки его скрещены на груди. Врач стоит за больным, вплотную к нему. Одной рукой он захватывает разноименное плечо пациента, основанием ладони другой руки упирается в паравертебральную область с одноименной стороны позвоночника. Местом контакта, таким образом, являются основания тенара и гипотенара его ладони и поперечные отростки поясничных позвонков выбранного участка.

**Техника проведения.** Заняв исходное положение, врач вращает корпус пациента в сторону руки, захва-



Рис. 83.

тывающей разноименное плечо больного. Одновременно другая рука, приложенная паравертебрально, усиливает это вращение. Для усиления воздействия на позвоночник пациента врач может упереть локоть этой же руки в одноименную передневерхнюю ость подвздошной кости, что дает возможность повысить паравертебральное давление через вращательное движение таза врача. Комбинируя описанное вращательное движение с передним сгибанием, разгибанием, боковыми наклонами в стороны, можно достаточно прицельно провести мобилизацию в 2—3 сегментах выбранного региона поясничного отдела позвоночника.

Манипуляция проводится плавно, без резких движений, сообразуясь с дыханием больного (на выдохе); при хорошей релаксации пациента в конце диапазона движения можно применить дополнительное упругое, пружинистое давление основанием паравертебрально приложенной ладони.

Прием можно повторить 5—7 раз.



*Неспецифическая мобилизация поясничного  
и пояснично-крестцового отделов  
позвоночника с помощью разгибания  
в положении лежа на животе (рис. 84)*

**Показания.** В целом аналогичны показаниям прицельной ротационной мобилизации той же области позвоночника в положении больного лежа на боку. Может использоваться в качестве подготовки к проведению последующих манипуляций в направлении разгибания.

**Исходное положение.** Пациент удобно лежит на кушетке лицом вниз, упираясь лбом на кисти рук. Дыхание пациента не затруднено. Врач стоит сбоку от пациента на уровне воздействия. Одну руку он помещает всей ладонью на выбранный регион поясничного отдела позвоночника пациента, причем основание ладони может, в зависимости от конкретной ситуации, опираться непосредственно на остистые отростки этого региона (обычно 2—3) либо устанавливаться паравертебрально в проекции поперечных отростков. Другой рукой врач захватывает бедро пациента, непосредственно над коленным суставом.

**Техника проведения.** Заняв исходную позицию, врач постепенно приподнимает бедро пациента над кушеткой, синхронно оказывая давление основанием ладони



Рис. 84.

на выбранный регион и используя для этого вес своего тела. Врач может перемещать бедро больного в горизонтальной плоскости, т. е. отводить и приводить его. Такое воздействие у границ возможного движения позволяет хорошо «проработать» и мобилизовать сегменты выбранного региона.

Прием выполняется не спеша, сообразуясь с дыханием пациента (усилие прилагается на выдохе больного).

Прием можно повторить 5—7 раз.

*Прицельная мобилизация  
поясничного отдела позвоночника  
с помощью разгибания и сопровождения  
в положении больного лежа на животе  
(рис. 85)*

**Показания.** В целом соответствуют предыдущему приему. Однако данный прием позволяет проводить более целенаправленное воздействие. По мнению Дж. Мэйтланда, этот прием наиболее эффективен при односторонней симптоматике, связанной с поражением сегментов L<sub>1</sub>—L<sub>2</sub> и L<sub>2</sub>—L<sub>3</sub> (например, правосторонняя люмбагия).

**Исходное положение.** Пациент удобно располагается на кушетке лицом вниз, лбом опираясь на скрещен-

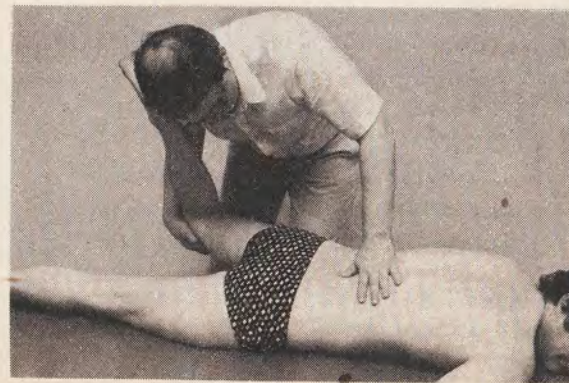


Рис. 85.



ные руки. Одна нога его (с пораженной стороны) согнута в коленном суставе под прямым углом, другая свободно лежит вдоль кушетки. Врач стоит со стороны предполагаемого воздействия на уровне поясничного отдела позвоночника. Одной своей рукой он захватывает согнутую в коленном суставе ногу, причем кисть обхватывает колено с внутренней поверхности, а плечо поддерживает голень и голеностопный сустав. Другую свою руку он устанавливает на поясничный отдел позвоночника, причем 1-й палец упирается подушечкой против боковой поверхности остистого отростка нижнего позвонка выбранного сегмента со стороны захваченной ноги.

**Техника проведения.** Заняв исходное положение, врач немного приподнимает ногу пациента над поверхностью стола и отводит ее в сторону (на себя). Степень подъема и отведения ноги определяется максимальной концентрацией прилагаемого усилия как раз у приложенного к остистому отростку 1-го пальца. Ощутив по натяжению тканей, что точка приложения приема выбрана верно, врач проводит пассивную мобилизацию сегмента над большим пальцем. Эта мобилизация достигается мелкоамплитудными движениями руки, которая перемещает в направлении отведения ногу пациента синхронно сильным давлением 1-м пальцем на остистый отросток в направлении от врача. Прием выполняется без резких движений, в пределах возможного диапазона движения, соотносясь с дыханием пациента (усилие прилагается на выдохе больного).

Рекомендуется провести 5—7 повторений.

*Прицельная мобилизация  
поясничного отдела позвоночника  
с использованием разгибания  
и коротких рычагов в положении  
больного лежа на животе (рис. 86)*

**Показания.** В целом соответствуют показаниям прицельной ротационной мобилизации той же области позвоночника в положении больного лежа на боку. По мнению Дж. Мэйтланда, подобная техника может быть использована, если имеющаяся у пациента симп-

томатика не позволяет провести другие приемы, связанные с движением длинных рычагов, так как это иногда провоцирует боль и усилие мышечного спазма. Действительно, в случае люмбаго с выраженным болевым и мышечно-тоническим синдромом, когда невозможна какая-либо укладка пациента, кроме как на животе с подложенной под него подушкой, описываемый прием может явиться единственно возможной манипуляцией. Другое дело, что провести его надо так, чтобы не усилить спазм и боль. Прием считается эффективным также при болях на фоне спондилеза, последствиях травм позвоночника, при изменениях в позвоночнике от неправильной осанки.

**Исходное положение.** Пациент лежит на кушетке лицом вниз, руки его расположены вдоль туловища или свободно свисают с кушетки. Врач стоит сбоку от пациента на уровне воздействия. Обе свои руки он прикладывает особым образом к позвоночнику пациента. Поскольку речь идет об использовании коротких рычагов (прием пришел в мануальную терапию из хиропрактики), очень важно правильно расположить кисти рук и выбрать на них зоны контактов.

Допустим, что врач находится слева от больного, в этом случае он помещает левую кисть на поясничный отдел позвоночника так, чтобы зона между гороховидной и крючковидной костями опиралась строго вертикально на остистый отросток выбранного позвонка.



Рис. 86.



Точно установив левую кисть, врач усиливает ее правой кистью. Для этого он помещает правую кисть поверх левой таким образом, чтобы тенар правой кисти опирался на основание второй пястной кости левой кисти на тыльной стороне. Правые средний, безымянный пальцы и мизинец помещаются между левыми указательным и большим пальцами; правые указательный и большой пальцы лежат поверх тыльной стороны левой кисти. Если теперь умеренно сжать левую кисть расположенными по обе ее стороны пальцами правой кисти, то образуется надежный, стабильный захват.

После того как врач установил кисти своих рук, он перемещает вперед верхнюю часть своего корпуса и нависает над пациентом. При этом вес его тела передается вниз через полностью выпрямленные локтевые суставы и разогнутые запястья как раз на область контакта с остистым отростком выбранного позвонка.

**Техника проведения.** Заняв исходное положение, врач выполняет своим корпусом качательные движения, постепенно перенося вес своего тела на позвоночник пациента и так же постепенно ослабляя давление. В момент приложения усилия (на выдохе больного) выбранный позвонок смещается до возможной границы движения в сегменте. Если же удается в ходе такой мобилизации (и за счет предшествующих приемов) получить хорошее расслабление мускулатуры и достичь состояния преднапряжения, то врач может тут же завершить серию повторных мобилизирующих движений (5—10 раз) манипуляционным толчком. Манипуляционный толчок и в этом случае проводится не с помощью движения рук, а врач коротко «бросает» свой корпус вниз, передавая инерцию своего тела в зону контакта.

*Мобилизация крестцово-подвздошного сочленения в положении больного лежа на животе по В. Шнайдеру (рис. 87)*

**Показания.** Прием используется в качестве подготовки к проведению последующих манипуляций на этом сочленении. В то же время он позволяет получить

хороший лечебный эффект при хронических локальных болях в этой области. Боли могут быть локальными, но могут и распространяться на ягодичную область, бедро, паховую область. При пальпации выявляются ирритационные зоны в области крестцовой кости и по краю суставной щели. Иногда можно прощупать укороченную и спазмированную грушевидную мышцу, а также мышцы задней поверхности бедра. Проверая подвижность в соответствующем крестцово-подвздошном сочленении, выявляют его малоподвижность.

**Исходное положение.** Пациент лежит на животе, руки его свободно свисают по сторонам кушетки. Врач стоит сбоку от пациента на стороне предполагаемого воздействия. Он склоняется над больным и помещает свои руки на ближнее к нему крыло подвздошной кости, образующей с крестцом выбранное для воздействия сочленение. При этом одна рука опирается всем локтевым (ульнарным) краем кисти как раз вдоль суставной щели, причем гипотенар приложен краниаль-



Рис. 87.



но, пальцы ориентированы каудально. Другая рука (правая) накладывается сверху левой, для ее усиления, ульнарным краем по ульнарному краю левой руки (пальцы ориентированы в противоположную сторону). Таким образом, зоной контакта является край суставной щели со стороны подвздошной кости пациента и ульнарный край отягощенной кисти врача.

**Техника проведения.** Заняв исходное положение, врач полностью разгибает свои руки в локтевых суставах и нависает верхней половиной своего корпуса над тазом больного. Пассивная мобилизация состоит, следовательно, в качательных движениях корпуса врача, который таким образом постепенно наращивает и ослабляет усилие, потенцированное весом собственного тела. В результате этого усилия (на выдохе больного) суставная поверхность крестцово-подвздошного сустава, образованная подвздошной костью, плавно смещается вниз (вентрально) до возможной границы движения. Если мышцы больного хорошо расслаблены, то в конце диапазона движения можно провести несколько форсированное пружинистое давление.

Прием повторяется обычно 5—7 раз.

*Мобилизация крестцово-подвздошного сочленения в положении больного лежа на спине (рис. 88)*

**Показания.** В целом аналогичны показаниям предыдущего приема.

**Исходное положение.** Пациент лежит на кушетке лицом вверх, руки его скрещены на груди. Одна нога пациента, с пораженной стороны, согнута в коленном и тазобедренном суставах и немного приведена. Врач стоит сбоку от пациента, со здоровой стороны. Одну свою руку он помещает всей ладонью сверху на коленный сустав согнутой ноги больного. Свою другую руку врач подводит под крестец со стороны задней поверхности бедра. При этом ладонь этой руки прижата к крестцу так, чтобы радиальный (лучевой) край лежал вдоль суставной щели выбранного для воздействия сочленения.



Рис. 88.

**Техника проведения.** Заняв исходное положение, врач налегает на колено согнутой ноги пациента весом верхней части своего корпуса. Это усилие передается на подвздошную кость пациента в направлении вниз и чуть в сторону (от врача). В результате суставный край соответствующего крестцово-подвздошного сочленения, образованный подвздошной костью, смещается (относительно фиксированного крестца) вниз, дорзально.

Таким образом, мобилизация состоит в качательных движениях корпуса врача, который постепенно наращивает и ослабляет усилие, смещая суставные поверхности относительно друг друга в границах диапазона возможного движения.

Прием повторяется плавно, без резких движений, но в случае хорошей релаксации пациента возможно несколько форсировать движение у предела диапазона пружинистым усилием.

Всего рекомендуется провести (на выдохе больного) 5—7 повторений.



### *Мобилизация крестцово-подвздошного сочленения в положении больного лежа на животе (рис. 89)*

**Показания.** В целом аналогичны показаниям последних двух приемов.

**Исходное положение.** Пациент лежит на кушетке, руки его расположены вдоль туловища либо свободно свисают с кушетки. Врач стоит на уровне воздействия со здоровой стороны. Он склоняется над пациентом и устанавливает одну свою руку на крестцовую кость больного. При этом локтевой край всей кисти лежит вдоль суставной щели, пальцы ориентированы в головном направлении. Запястье этой руки должно быть в максимальном тыльном сгибании, а локоть полностью разогнут. Другую свою руку он подкладывает под таз пациента и захватывает кистью передневерхний гребень отдаленной от него подвздошной кости. Запястье этой руки находится в ладонном сгибании, локтевой сустав разогнут.

**Техника проведения.** Заняв исходное положение, врач начинает мобилизацию, вытягивая левой рукой подвздошную кость вверх, на себя. Одновременно он давит, используя вес своего тела, на крестец больного, прижимая его таз к кушетке. Мобилизация состоит в смещении подвздошной кости и ее суставного края



Рис. 89.

в дорзальном направлении относительно фиксированного крестца в пределах возможного диапазона движения. В ходе мобилизации врач обычно отчетливо ощущает (особенно у женщин) экскурсию подвздошной кости.

Прием повторяется (на выдохе больного) 5—7 раз, неторопливо, без резких движений.

### *Мобилизация крестцово-подвздошного сочленения с помощью крестообразной установки ладоней в положении больного лежа на животе, по А. Стоддарту (рис. 90)*

**Показания.** В целом аналогичны приему «Мобилизация крестцово-подвздошного сочленения в положении больного лежа на животе». Технически в ходе этой мобилизации возможно осуществление взаимной противоротации подвздошной кости и крестца.

**Исходное положение.** Пациент лежит на кушетке лицом вниз. Руки его расположены вдоль туловища либо свисают по краям кушетки. Врач стоит на уровне воздействия с пораженной стороны. Одну свою руку он устанавливает гипотенаром против верхнезадней оси ближней к нему подвздошной кости; пальцы ори-



Рис. 90.



ентрированы в головном направлении. Основанием ладони другой руки врач упирается в нижнюю половину крестцовой кости, как можно ближе к суставной щели выбранного для мобилизации сочленения; пальцы ориентированы в каудальном направлении. Обе руки врача разогнуты полностью в локтевых суставах, запястья их находятся в положении полного тыльного сгибания. Мобилизация осуществляется за счет перенесения веса тела врача на его выпрямленные руки (качательное движение верхней части корпуса) в момент выдоха пациента. Суставные поверхности крестцово-подвздошного сочленения при этом поворачиваются в противоположных направлениях относительно друг друга и в пределах возможного диапазона движения.

Прием проводится с достаточным усилием, но эластично, без резких движений. При хорошей релаксации пациента можно оказать некоторое форсированное пружинящее давление в конце диапазона движения.

Обычно рекомендуется провести 5—7 повторений.

### *Мобилизация крестцово-подвздошного сочленения в положении больного лежа на боку (рис. 91)*

**Показания.** В целом аналогичны приему «Мобилизация крестцово-подвздошного сочленения в положении больного лежа на животе». Технически же данная мобилизация позволяет «открывать» крестцово-подвздошное сочленение прежде всего в дорзальной его части.

**Исходное положение.** Пациент лежит на кушетке на боку, причем крестцово-подвздошное сочленение, которое предполагается мобилизовать, расположено вверх. Под голову пациента подложена подушка. Нижележащая нога пациента прямая, а вышележащая согнута в тазобедренном и коленном суставах (в последнем под углом 45°). Носок этой ноги либо находится на голени нижележащей ноги, либо покоится в подколенной ямке этой же ноги. Указанное положение ног не служит формированию сгибания в поясничном отделе позвоночника, поэтому угол сгибания вышележащего бедра может быть достаточно большим. Нижележащая рука больного подложена под его

голову, плечо вышележащей руки лежит на реберной дуге вдоль туловища, кисть находится на передней брюшной стенке. Врач стоит, расставив ноги на ширину плеч, сбоку от кушетки лицом к пациенту, на уровне воздействия. Одну свою руку, ближнюю к голове больного, врач устанавливает предплечьем на реберную дугу больного, почти параллельно его позвоночнику, а большой палец прикладывает на верхнезаднюю ость позвоночной кости. Другую свою руку он кладет пронированным предплечьем (т. е. тыльной стороной вверх) на крыло подвздошной кости, ближе к ее гребню, причем, и это очень важно, предплечье направлено диагонально вниз к поверхности кушетки.

**Техника проведения.** Заняв исходное положение, врач налегает своим корпусом на предплечье, расположенное у гребня подвздошной кости. Важно, чтобы прилагаемое при этом усилие было направлено диагонально вниз (т. е. в направлении продольной оси предплечья). В этом случае возможно сместить подвздошную кость (и ее суставную поверхность) относительно крестца в том же направлении. Такое смещение проводится вплоть до ощущения сопротивления. Ощувив сопротивление дальнейшему смещению подвздошной кости, врач не возвращается на исходные позиции, напротив, он несколько раз подряд форсирует прилагаемое давление, ощущая, как экскурсия подвздошной кости увеличивается. Это заключительное движение не



Рис. 91.



является в полном смысле манипуляционным толчком, а с усилием выполненной пружинящей мобилизацией у границы возможного движения. Для успешного проведения приема тело больного не должно сдвигаться на кушетке, нельзя поворачивать таз пациента. Прием проводится на выдохе больного.

Обычно рекомендуют повторить прием 3—5 раз.

### **Техника манипуляционных приемов, выполняемых на поясничном, пояснично-крестцовом отделах позвоночника и на крестцово-подвздошных сочленениях**

#### *Неспецифическая тракционная манипуляция на поясничном отделе позвоночника (рис. 92)*

Одним из первых эту манипуляцию описал в литературе Дж. Меннел, один из основоположников мануальной терапии.

**Показания.** Используется при гипомобильности (функциональных «блокадах») поясничного и пояснично-крестцового отделов позвоночника, сопровождающейся хроническими болями. Эти боли могут быть локальными (в регионе пораженных сегментов позвоночника) или распространяться на ягодичную область и нижнюю конечность. При пальпации удается выявить ирритационные зоны в области позвонков L<sub>1</sub> — S<sub>1</sub>; можно прощупать также напряженные паравертебральные мышцы. При острых болях прием проводить не следует. Особая осторожность требуется в случаях компрессии нервного корешка грыжей диска, имеется в виду опасность повреждения спинного мозга.

**Исходное положение.** Пациент, полностью расслабившись, стоит со скрещенными на груди руками. Врач встает спиной к больному. Если рост больного превышает рост врача, то последний должен воспользоваться устойчивой платформой. Врач захватывает своими руками локтевые суставы больного. При этом его руки полностью разогнуты в локтевых суставах, а кисти и пальцы рук согнуты в ладонном направлении



Рис. 92.

(пальмарная флексия). Надежно «зацепив» пациента, врач чуть-чуть наклоняется вперед, отрывая стопы пациента от пола (ноги пациента должны быть полностью расслаблены!).

**Техника проведения.** Заняв исходное положение, врач предлагает больному сильно прижать подбородок к груди, после чего приподнимается на носки, а в момент выдоха больного резко опускается на пятки.

Допустима модификация этого приема, где также используется инерция нижней половины тела больного. Для этого следует несколько изменить исходное положение, а именно, захватив локти больного, врач немного подседает, сгибая свои колени, затем наклоняется вперед, наваливая на себя больного (стопы его чуть-чуть отрываются от пола). Затем просит больного максимально наклонить голову вперед и хорошо расслабить нижние конечности. Ощувив расслабление пациента, врач резко распрямляет свои колени, поднимая корпус больного вверх.



*Прицельная манипуляция  
на поясничном отделе позвоночника  
с использованием разгибания  
и коротких рычагов в положении  
больного лежа на животе (рис. 93)*

**Показания.** Сегментарная гипомобильность поясничных сегментов позвоночного столба с возникающими на этом фоне болевыми ощущениями. Такие боли могут быть острыми либо хроническими, локальными (в области пораженного сегмента) или распространяющимися на ягодичную область и нижнюю конечность. При пальпации можно выявить ирритационную зону в месте пораженного сегмента, а также прощупать характерное напряжение отдельных мышечных групп (т. е. конкретный мышечно-тонический синдром).

**Исходное положение.** Пациент удобно лежит на кушетке лицом вниз, руки его свисают с кушетки. Э. Ванано рекомендует подложить одну подушку под грудную клетку на уровне подмышек пациента, а другую — под его бедра, чтобы усилить поясничный лордоз. Врач стоит сбоку от больного на уровне его таза. Одну свою ладонь, например левую, он устанавливает на выбранный для воздействия остистый отросток позвонка и нижерасположенное межостистое простран-

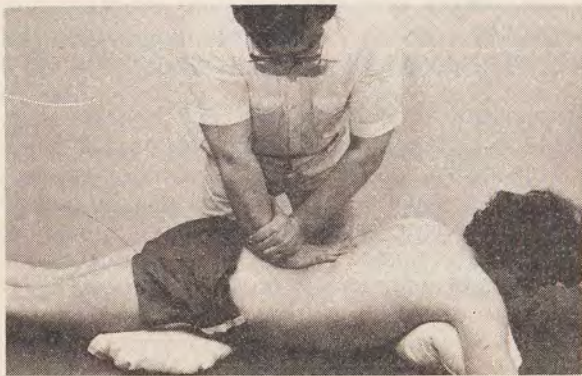


Рис. 93.

во. Верхушка остистого отростка оказывается, таким образом, в ложбинке между тенаром и гипотенаром. Пальцы этой кисти ориентированы к голове больного, лучезапястный сустав разогнут под прямым углом (тыльная флексия). Другой своей рукой, например правой, врач усиливает левую руку, помещая ее сверху. При этом кисть правой руки упирается ульнарным (локтевым) краем в основание пястных костей левой кисти, пальцы охватывают запястье, а 1-й палец лежит вдоль предплечья левой руки.

**Техника проведения.** Заняв исходное положение и проверив еще раз, правильно ли установлены руки, врач склоняется над пациентом, перенося вес своего тела на кисти рук (локтевые суставы выпрямлены!). Ощувив состояние преднапряжения в выбранном сегменте, он проводит интенсивный мелкоамплитудный манипуляционный толчок. Техника этого толчка такова: в то время как нижняя рука, Э. Ванано ее образно называет «гвоздь», толкает позвонок сверху вниз и немного краниально, т. е. к голове больного, верхняя рука — «молоток» — «впечатывает» усилие сверху вниз и каудально, т. е. к стопам больного.

Прием проводится на выдохе пациента.

*Манипуляция на пояснично-крестцовом  
отделе позвоночника с использованием  
разгибания и коротких рычагов  
в положении больного на животе (рис. 94).*

**Показания.** В целом аналогичны предыдущему приему, однако данный прием специфичен для сегмента  $L_5 - S_1$  и не рекомендуется при стреляющих болях по ходу седалищного нерва.

**Исходное положение.** Пациент лежит на кушетке лицом вниз, руки свисают с кушетки. Под грудью, на уровне подмышек, и под бедрами подложены подушки для усиления поясничного лордоза. Прием требует полной релаксации пациента, поэтому больного необходимо сначала подготовить с помощью техник мягкой тканей, нейромышечной терапии, мобилизации.

Врач стоит сбоку от пациента на уровне его таза. Он кладет одну свою руку, например левую, всей ладонью на пояснично-крестцовый сегмент позвоноч-





Рис. 94.

ника. При этом локтевой (ульнарный) край кисти этой руки ложится как раз по межостистому пространству позвонков  $L_5$  —  $S_1$ . Кисть другой руки, например правой, врач устанавливает поверх левой руки, причем ее основание ладони ложится на основания пястных костей левой кисти.

**Техника проведения.** Заняв исходное положение, врач склоняется над пациентом и переносит вес своего тела на кисти рук (локтевые суставы распрямлены). Ощувив состояние преднапряжения в пояснично-крестцовом сегменте, он резко и коротко «бросает» верхнюю часть своего корпуса вниз, как бы «впечатывая» усилие в зону контакта. Такой манипуляционный толчок проводится на выдохе больного.

*Прицельная манипуляция  
на поясничном отделе позвоночника  
с использованием разгибания  
и коротких рычагов  
в положении больного лежа на животе,  
по А. Стоддарту (рис. 95)*

**Показания.** В целом аналогичны показаниям приема по Э. Ванону. При использовании воздействия на поперечный отросток прием может быть эффективно



Рис. 95.

применен при односторонних болях. По мнению А. Стоддарта, прием наиболее эффективен при воздействии на позвонки  $L_4$  и  $L_5$ .

**Исходное положение.** Пациент удобно лежит на кушетке лицом вниз, руки свисают по обе стороны кушетки. Врач стоит сбоку от пациента на уровне воздействия. Он устанавливает правую руку либо непосредственно на остистый отросток выбранного позвонка, либо на один из его поперечных отростков. При этом местом контакта являются кончики 2-го и 3-го пальцев, направленных к стопам больного. Левую руку врач устанавливает поверх правой, причем на 2-й и 3-й пальцы опирается гипотенар правой кисти, пальцы которой лежат поперек позвоночного столба больного.

**Техника проведения.** Заняв исходное положение, врач как бы нависает над больным, перенося вес своего тела на кисти рук (локти его должны быть полностью выпрямлены). Почувствовав состояние преднапряжения, он коротко и резко «бросает» верхнюю часть



своего корпуса вниз, форсируя давление в месте контакта своей руки с позвоночником пациента. Для успеха манипуляции прием должен быть выполнен в строго вертикальной плоскости, на глубине выдоха пациента.

*Прицельная манипуляция  
на поясничном отделе позвоночника  
с использованием разгибания  
и коротких рычагов  
в положении больного на животе,  
по Дж. Сирьяксу, вариант 1 (рис. 96).*

**Показания.** В целом аналогичны показаниям двух предыдущих приемов. Однако Дж. Сирьякс полагает возможным проведение такой манипуляции при повреждениях межпозвоночного диска, обращая внимание специалистов на тщательный анализ неврологической симптоматики в этом случае. Он также подчеркивает, что если у больного имеется анталгический сколиоз, то данный прием и ему подобные будут малоэффективны.

**Исходное положение.** Пациент лежит лицом вниз на кушетке (по Дж. Сирьяксу желательно не выше 50 см), руки его расположены вдоль туловища. Врач стоит сбоку от пациента на уровне воздействия. Он помещает одну свою руку поперек поясничной области больного так, чтобы середина его V-пястной кости легла на вершину остистого отростка выбранного позвонка. Предплечье этой руки пронировано не полностью, и ладонь, следовательно, находится под небольшим углом к поверхности тела пациента. Тыльная поверхность кисти ориентирована каудально (к стопам пациента). Другой своей рукой врач усиливает воздействие, располагая ее сверху, причем 1-й палец надавливает на ульнарный край нижней кисти. Важно не использовать всю ширину ладоней обеих кистей, но устанавливать их под небольшим углом, локализуя воздействие. Локтевые суставы обеих рук полностью распрямлены.

**Техника проведения.** Заняв исходное положение, врач «нависает» над пациентом, перенося вес верхней половины своего корпуса на кисти рук. Выждав несколько секунд и ощутив состояние преднапряжения в вы-



Рис. 96.

бранном сегменте, врач резко наклоняет голову и верхнюю часть своего корпуса вперед, сообщая манипуляционному толчку строго вертикальное направление. Прием проводится на глубине выдоха пациента.

Если при проведении приема возникает иррадиация боли в нижнюю конечность, его выполнение следует немедленно прекратить!

*Прицельная манипуляция  
на поясничном отделе позвоночника  
с использованием разгибания  
и коротких рычагов  
в положении больного лежа на животе,  
по Дж. Сирьяксу, вариант 2 (рис. 97).*

**Показания.** Дж. Сирьякс рекомендует пользоваться этим приемом при недостаточной эффективности воздействия, описанного в приеме «Прицельная манипуляция на поясничном отделе позвоночника с использованием разгибания и коротких рычагов в положении больного лежа на животе по А. Стоддарту». Кроме того, он отмечает, что при локализации боли с одной стороны позвоночного столба прием должен проводиться вначале на безболезненной (менее болезненной)





Рис. 97.

стороне. Прием, по его мнению, особенно эффективен для пожилых пациентов.

**Исходное положение.** Пациент лежит на кушетке лицом вниз, руки свободно расположены вдоль туловища. Врач стоит на уровне талии пациента со стороны, противоположной предполагаемому воздействию. Он устанавливает одну свою кисть, усиленную другой, на позвоночник пациента. При этом гороховидная косточка этой нижней кисти должна, как бы «перепрыгнуть» через остистый отросток выбранного позвонка, упереться в его основание на противоположной от врача стороне. Таким образом достигается контакт с суставным отростком соответствующего позвонка в вертикальной плоскости. Пальцы нижней кисти ориентированы к стопам больного. Верхняя кисть оказывает тенаром давление на основания IV и V пястных костей, ее пальцы охватывают нижнюю кисть с ладонной поверхности, помогая стабилизировать ее под небольшим углом к поверхности тела больного. Запястье этой нижней кисти несколько переразогнуто (тыльная флексия), а соответствующее предплечье пронировано неполностью. Все это необходимо для надежного устойчивого давления гороховидной косточкой нижней кисти только на один сустав в момент манипуляции.

**Техника проведения.** Заняв исходное положение, врач прежде всего контролирует еще раз правильность установки своих рук. Затем полностью разгибает свои

локтевые суставы, склоняясь над пациентом и перенося вес верхней части своего корпуса на приложенные к позвоночнику кисти рук. Совершая качательные движения корпусом, врач ощущает концентрацию усилия в месте контакта, по образному выражению Дж. Сирьякса, «выбирает слабинку». Ощувив состояние преднапряжения в выбранном сегменте, он резко и коротко «бросает» верхнюю часть своего корпуса вниз, выполняя манипуляционный толчок. Такой толчок проводится строго в вертикальной плоскости и на глубине выдоха больного.

*Манипуляция на нижних сегментах  
(L<sub>4</sub> — L<sub>5</sub> и L<sub>5</sub> — S<sub>1</sub>)  
поясничного отдела позвоночника  
с использованием разгибания  
и длинных рычагов в положении больного  
лежа на животе (рис. 98).*

**Показания.** В целом совпадают с показаниями предыдущего приема.

**Исходное положение.** Пациент лежит лицом вниз на низкой кушетке (высота около 50 см), опираясь лбом на скрещенные руки. Врач стоит сбоку от больного на стороне, противоположной предполагаемому воздей-

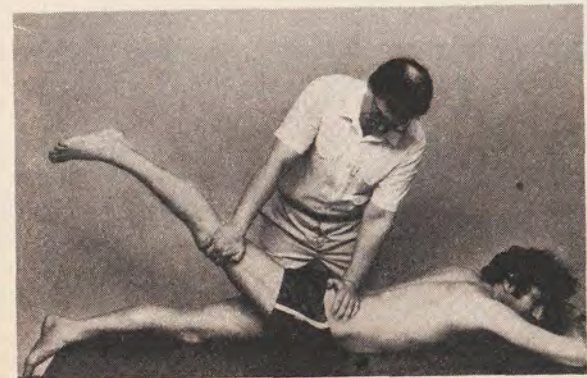


Рис. 98.



ствию, примерно на уровне тазобедренного сустава. Одной своей рукой он захватывает колено пациента с наружной стороны (латеральной), а ульнарный край другой кисти устанавливает точно над задней остью подвздошной кости.

**Техника проведения.** Заняв исходное положение, врач разгибает нижнюю конечность пациента в тазобедренном суставе и с усилием выполняет ее пассивное приведение (гипераддукция). Ощувив преднапряжение в нижних поясничных сегментах ( $L_4 - L_5$  и  $L_5 - S_1$ ), расположенных над ульнарным краем кисти, установленной над остью подвздошной кости, врач выполняет манипуляционный толчок. Этот толчок состоит в коротком, форсированном усилении давления в вертикальном направлении кистью, приложенной к подвздошной кости. Это достигается энергичным наклоном верхней части корпуса врача в направлении головы больного. Одновременно врач коротко форсирует тягу вверх захваченной им ноги больного.

Таким образом, в ходе проведения приема (естественно, на выдохе больного) достигается переразгибание (гиперэкстензия) поясничного отдела позвоночника с одновременным его боковым сгибанием в сторону, противоположную пораженной.

*Регионарная манипуляция  
на нижних сегментах ( $L_4 - L_5$  и  $L_5 - S_1$ )  
поясничного отдела позвоночника  
с использованием разгибания  
и длинных рычагов в положении больного  
лежа на животе (рис. 99)*

**Показания.** В целом аналогичны предыдущему приему. По мнению Дж. Сирьякса, эта манипуляция в силу ее технических особенностей может использоваться при крупном телосложении больного, когда от врача требуется значительное физическое усилие. Следует еще раз подчеркнуть, что подобного рода манипуляции вызывают у больного, не подготовленного предыдущими воздействиями (техники мягких тканей, мобилизации), защитное мышечное напряжение, усиление болезненных ощущений. Следовательно, тщательная

релаксация мускулатуры больного перед проведением манипуляции (особенно связанной с локальным давлением) является обязательной.

**Исходное положение.** Пациент лежит на кушетке лицом вниз, лоб его опирается на скрещенные руки. Врач стоит сбоку от пациента, на стороне предполагаемого воздействия. Одной своей рукой он захватывает близлежащую ногу пациента и тянет его бедро вертикально вверх до тех пор, пока соответствующая половина таза не оторвется чуть-чуть от кушетки. При этом кисть этой руки обхватывает колено пациента с внутренней стороны, а пальцы лежат несколько выше надколенника. Другую свою руку он помещает тыльной стороной ладони, после полной супинации предплечья, на область крестцово-остистой мышцы, покрывая и регион сегментов  $L_4 - L_5$  и  $L_5 - S_1$  паравертебрально, с пораженной стороны. На ладонь этой кисти врач устанавливает свое колено.

**Техника проведения.** Заняв исходное положение, врач, сохраняя достигнутое переразгибание (гиперэкстензию) в тазобедренном суставе, выполняет дополнительное приведение (гипераддукцию этого же бедра). Таким образом, он как бы пытается «опрокинуть» таз в направлении от пораженной стороны, разделяя на ней суставные поверхности  $L_4 - L_5$  и  $L_5 - S_1$ . Почувствовав достижение состояния преднапряжения в указанных сегментах, врач выполняет манипуляцион-



Рис. 99.



ный толчок, который состоит в том, что на выдохе больного он давит своим коленом на подложенную ладонь, форсируя тем самым давление на нижние поясничные сегменты в вертикальном направлении.

*Прицельная манипуляция  
на поясничном отделе позвоночника  
с использованием разгибания  
и длинных рычагов в положении больного  
лежа на животе (рис. 100).*

**Показания.** В целом аналогичны манипуляции на нижних сегментах ( $L_4 — L_5$  и  $L_5 — S_1$ ), но может успешно применяться вплоть до уровня позвонков  $L_2 — L_3$ .

**Исходное положение.** Пациент лежит на животе лицом вниз, руки его свисают по обе стороны кушетки. Врач стоит сбоку от пациента примерно на уровне его таза. Одной своей рукой он подхватывает под бедра (ближе к коленным суставам) обе нижние конечности больного, поднимает их вверх, вызывая переразгибание в тазобедренных суставах и поясничном отделе позвоночника. Переразгибание оказывается достаточным, когда его пик приходится на область выбранного воздействия. Допустимо, чтобы врач упирался своим



Рис. 100.

коленом в кушетку, создавая опору для руки, которая удерживает нижние конечности пациента. Другую свою руку он устанавливает на позвоночник больного, при этом тенар этой руки должен упираться в остистый отросток верхнего позвонка выбранного сегмента.

**Техника проведения.** Заняв исходное положение, врач несколько раз пружинисто налегает на верхний позвонок выбранного сегмента, удерживая достигнутой степень переразгибания в поясничном отделе позвоночника пациента с помощью руки, опирающейся на его колено. Почувствовав состояние преднапряжения в сегменте, врач проводит (на выдохе больного) манипуляционный толчок в вертикальном направлении на лежащий под тенаром его кисти остистый отросток.

*Неспецифическая манипуляция  
на поясничном отделе позвоночника  
с использованием разгибания  
и латеральной дистракции в положении  
больного лежа на животе (рис. 101).*

**Показания.** В целом аналогичны показаниям для проведения неспецифической тракционной манипуляции поясничного отдела позвоночника. Однако прием чаще используется при односторонней симптоматике.

**Исходное положение.** Пациент лежит на кушетке, опираясь лбом на скрещенные руки. Туловище пациента изогнуто, насколько это возможно, чтобы расширить суставные щели поясничных сегментов позвоночника на пораженной стороне (т. е. выпуклость изгиба туловища ориентирована на пораженную сторону). Врач стоит сбоку от пациента, со здоровой стороны. Он склоняется над больным и устанавливает скрестно свои руки на его тело на пораженной стороне; при этом локти его согнуты почти под прямыми углами. Основание его нижерасположенной кисти упирается в гребень подвздошной кости больного с пораженной стороны, в то время как основание вышележащей кисти давит в краниальном направлении, т. е. к голове больного под самые нижние ребра на этой же самой стороне.





Рис. 101.

**Техника проведения.** Заняв исходное положение, врач нависает над поясницей пациента, переводя вес верхней половины своего корпуса на кисти рук, установленные в разных направлениях. Это способствует значительной distrакции суставных поверхностей поясничных сегментов на пораженной стороне.

Достигнув состояния преднапряжения, врач резко толкает верхнюю часть своего корпуса вниз, сохраняя при этом жесткими свои локти.

Этот манипуляционный толчок проводится на глубине выдоха пациента. Таким образом, манипуляция заключается во внезапном форсированном давлении в вертикальной плоскости синхронно с кратковременной добавочной distrакцией поясничного отдела позвоночника на пораженной стороне.

*Неспецифическая манипуляция на поясничном отделе позвоночника с использованием ротации в положении больного лежа на боку, вариант 1 (рис. 102).*

**Показания.** Используется при гипомобильности поясничного отдела позвоночника в связи с возникновением так называемых функциональных «блокад» его

сегментов. Возникающие на этом фоне боли могут носить острый и хронический характер, локализоваться в области пораженного сегмента или распространяться на нижние конечности. При пальпации удается выявить ирритационные зоны в области «заинтересованных» поясничных сегментов, а также прощупать спазмированные и болезненные паравerteбральные мышцы. Кроме того, в зависимости от уровня поражения возможны рефлекторные изменения и в других мышечных группах (например, живота, нижних конечностей и т. д.), т. е. развивается характерный мышечно-тонический синдром.

Анатомические особенности строения поясничных позвонков не допускают ощутимой ротации, так как суставные поверхности ориентированы в сагитальной плоскости. Только на уровне сегмента  $L_5 - S_1$  имеется достаточно косое положение этих суставных поверхностей, позволяющее относительно большую ротацию. Тем не менее использование ротационных манипуляций позволяет эффективно восстанавливать сегментарную мобильность. По мнению Дж. Сирьякса, эти манипуляции особенно показаны при поясничных болях с выраженным анталгическим сколиозом.

**Исходное положение.** Пациент лежит на кушетке на здоровой стороне. Его вышележащая рука отведена за спину, нижележащее плечо выведено вперед. Вышележащее бедро согнуто в тазобедренном суставе под



Рис. 102.



прямым углом, коленный сустав этой же ноги согнут и несколько выдается за пределы кушетки. Большой вертел бедра выступает кпереди. Нижележащая нога прямая. Таким образом, таз пациента, насколько это возможно, ротирован кпереди, а его грудная клетка кзади, причем угол их отклонения от вертикали одинаков. Врач стоит сбоку от кушетки на уровне его талии. Основание одной кисти своей руки он устанавливает против большого вертела вышележащего бедра, а другой своей кистью упирается о переднюю поверхность вышележащего плеча пациента.

**Техника проведения.** Заняв исходное положение, врач «нависает» над пациентом, перенося вес своего тела на кисти рук. Это позволяет ему усилить ротацию грудной клетки и таза в противоположных направлениях и одновременно достичь значительной distraction по горизонтали, разделяя поясничные суставы на пораженной стороне. Он стоит в этой позе несколько секунд, наращивая разнонаправленную ротацию. Ощутив состояние преднапряжения, он, сохраняя достигнутое distraction, резко толкает свое тело вперед, формируя ротацию. Для правильного выполнения такого манипуляционного толчка необходимо пользоваться невысокой кушеткой (около 50 см), более высокие кушетки не позволяют специалисту использовать вес своего тела и добиться достаточной distraction в поясничных сегментах, кроме того, и ротацию в этом случае можно выполнять только руками, что делает ее малоэффективной.

*Неспецифическая манипуляция  
на поясничном отделе позвоночника  
с использованием ротации  
в положении больного лежа на боку,  
вариант 2 (рис. 103)*

**Показания.** В целом аналогичны предыдущему приему. Однако данный прием позволяет добиться значительного ротационного усилия при относительно меньшей distraction. Дж. Сирьякс отмечает, что при выполнении описываемой манипуляции необходимо соблюдать осторожность, если пациент немолод, так

как прочность шейки бедра у него может быть снижена.

**Исходное положение.** Пациент лежит с краю кушетки на здоровой стороне. Вышележащая рука его отведена в сторону, нижележащее плечо выведено вперед, соответствующая рука лежит под головой. Вышележащая нога пациента согнута под прямым углом в коленном и тазобедренном суставах, нижележащая нога распрямлена. Врач стоит лицом к больному на уровне его талии и несколько развернувшись к его стопам. Одно свое колено, ближе к тазу пациента, он устанавливает на кушетку, подпирая им вышележащий тазобедренный сустав больного. Склоняясь над больным, врач почти вертикально опускает свои руки: одна опирается кистью на переднюю поверхность вышележащего плеча пациента, а другая — на наружную поверхность согнутого коленного сустава. Наваливаясь весом своего тела на кисти рук, врач плотно прижимает вышележащее плечо пациента и верхнюю часть его корпуса к кушетке, а с помощью рычага-бедра ротирует на себя его таз и поясничный отдел. Несколько изменяя угол сгибания бедра в тазобедренном суставе относительно прямого угла, врач получает возможность приблизительно нацелить воздействие на верхний или нижний регион поясничного отдела.

**Техника проведения.** Заняв исходное положение, врач, используя вес своего тела и не допуская смеще-

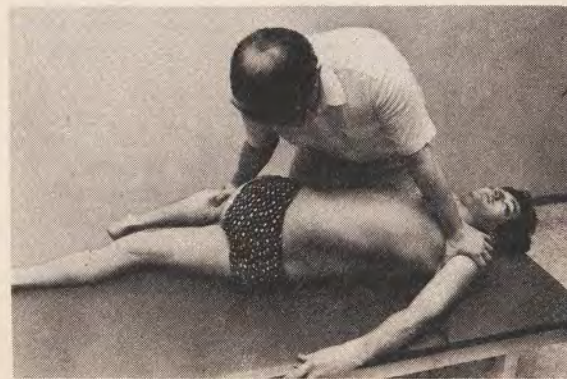


Рис. 103.



ния верхней части корпуса пациента относительно кушетки, рукой, лежащей поверх согнутого колена больного, несколько наращивает давление в направлении пола. С учетом длины рычага-бедр, это не требует больших усилий. Ощувив состояние преднапряжения, врач коротким резким движением толкает (на выдохе больного) вышележащее колено пациента к полу. Для успешного проведения данного приема часто требуется сместить колено пациента ниже уровня кушетки. Учитывая это обстоятельство, врач должен обратить особое внимание на правильную укладку больного и надежно подстраховать его от падения с кушетки.

*Прицельная манипуляция  
на поясничном отделе позвоночника  
с использованием ротации  
и противоудержания  
в положении больного лежа на боку (рис. 104)*

**Показания.** В целом соответствуют показаниям неспецифической манипуляции на этом отделе позвоночника. Однако прием технически позволяет воздействовать на каждый сегмент поясничного отдела позвоночника в отдельности, устраняя сегментарную гипомобильность.



Рис. 104.

**Исходное положение.** Пациент удобно лежит на кушетке на здоровой стороне. Он сгибает свою вышележащую ногу в тазобедренном суставе, чтобы добиться небольшого переднего сгибания в поясничном отделе позвоночника и соответственно легкого расхождения остистых отростков позвонков выбранного сегмента. Эта нога больного, согнутая также и в коленном суставе, опирается на край кушетки. Стопа ее, если это удобно для пациента, может быть размещена в подколенной ямке нижележащей ноги. Нижележащее плечо и плечевой сустав больного выведены вперед относительно его корпуса, а вышележащий плечевой сустав несколько ротирован назад. Вышележащее плечо больного лежит на его реберной дуге, параллельно корпусу, локтевой сустав ориентирован назад, а предплечье установлено поперек корпуса. Врач стоит лицом к больному на уровне воздействия. Одну свою руку он проводит между плечом и корпусом больного таким образом, чтобы предплечье в своей верхней трети опиралось бы на соответствующую половину грудной клетки больного. Врач будет использовать эту область для опоры при проведении дальнейшей ротации кзади вышележащего плечевого сустава больного и всей верхней части его корпуса. Свою другую руку он помещает предплечьем поперек вышележащих тазобедренного сустава и ягодицы больного. Кисти обеих рук приложены к позвонкам выбранного сегмента следующим образом: кисть одной руки лежит полностью на нижележащей половине поясницы, а ее большой палец крепко упирается в остистый отросток верхнего позвонка выбранного сегмента с той его стороны, которая отдалена от кушетки; в это время кисть другой руки приложена к нижнему позвонку сегмента, причем большой, указательный и средний пальцы щепотью удерживают остистый отросток этого позвонка.

**Техника проведения.** Заняв исходное положение, врач налегает корпусом на свои предплечья, усиливая ротацию таза пациента и его грудной клетки в противоположных направлениях. Он до тех пор вращает от себя верхнюю половину корпуса пациента, пока не ощутит, как максимально прилагаемое им усилие сконцентрировалось на уровне выбранного сегмента (связочное «замыкание» как бы спускается вниз к нужному региону позвоночника). Ощувив состояние преднапря-



жения (на выдохе больного) врач проводит манипуляционный толчок, который состоит из коротких разнонаправленных движений обоих предплечий, усиленных его весом. Движение предплечья подкрепляется также одновременным усилением давления в противоположных направлениях пальцами обеих кистей на верхний и нижний позвонки выбранного сегмента (верхний позвонок смещается к кушетке, а нижний — вверх, на врача). Результатом толчка является форсированная противоротация таза и туловища больного с точкой вращения в выбранном сегменте, что ведет к «освобождению» его сочленения на вышерасположенной стороне позвоночника.

*Прицельная манипуляция  
на поясничном отделе позвоночника  
с использованием бокового сгибания  
и противоудержания  
в положении больного лежа на боку  
(рис. 105)*

**Показания.** В целом соответствуют показаниям «Неспецифической манипуляции с использованием ротации». Известно, что сегментарная гипомобильность (функциональная «блокада») может возникать в не-



Рис. 105.

скольких возможных направлениях движения между соседними позвонками, другими словами, часто комбинируется ограничение вращения в сочетании с ограниченным же боковым наклоном. Если в такой ситуации преобладает снижение возможности бокового наклона, то описываемый прием является более целесообразным.

**Исходное положение.** Пациент лежит на кушетке на боку. Та его сторона, движение в которую планируется восстановить, обращена вверх, к врачу. Вышележащая нога пациента согнута в тазобедренном и коленном суставах. Цель этого сгибания состоит в легком сгибании поясничного отдела позвоночника, чтобы получить небольшое расхождение остистых отростков позвонков выбранного сегмента; кроме того, придаваемое положение стабилизирует нижнюю часть тела больного на кушетке. Пациент далее скрещивает руки на груди так, чтобы кистями обхватить свои плечи. Врач стоит лицом к больному примерно на уровне его талии. Одной своей рукой, ближайшей к голове больного, он подхватывает его снизу под нижележащее плечо так, чтобы оно опиралось на предплечье врача (ближе к локтю). Тенар кисти своей другой руки он плотно устанавливает на нижний позвонок выбранного сегмента. При этом возвышение тенара устанавливается против выше расположенной боковой поверхности остистого отростка этого позвонка. Предплечье этой руки ориентировано строго вертикально.

**Техника проведения.** Заняв исходное положение, врач с помощью предплечья одной руки приподнимает верхнюю часть корпуса больного до тех пор, пока угол пассивного бокового наклона не будет нацелен на выбранный для воздействия сегмент. Одновременно тенаром другой руки врач наращивает давление на остистый отросток нижнего позвонка сегмента, отжимая его к кушетке. Почувствовав состояние преднапряжения (на выдохе пациента), он проводит манипуляционный толчок. Этот толчок состоит в коротком и резком давлении тенаром вертикально вниз, синхронно коротко сгибается предплечье руки, создающей боковое сгибание корпуса больного.



*Прицельная манипуляция  
на поясничном отделе позвоночника  
с использованием бокового сгибания  
и противоудержания  
в положении больного сидя (рис. 106)*

**Показания.** В целом аналогичны показаниям предыдущего приема.

**Исходное положение.** Пациент удобно сидит на кушетке, скрестив ладони на плечах. Врач стоит вплотную к пациенту с той его стороны, в которую он планирует увеличить сегментарное боковое сгибание. Одной своей рукой, ближней к передней поверхности тела больного, он обхватывает его плечевой пояс. Причем соответствующей подмышечной впадиной он налегает сверху на одноименный плечевой сустав пациента; предплечье врача лежит поперек передней грудной стенки больного, а кисть захватывает верхнюю часть торса под противоположной подмышечной ям-



Рис. 106.

кой больного. Другую руку врач прикладывает к позвоночнику больного, при этом большой палец этой кисти плотно упирается подушечкой в боковую поверхность остистого отростка нижнего позвонка выбранного сегмента со стороны, ближней к врачу.

**Техника проведения.** Заняв исходное положение, врач сначала несколько наклоняет корпус больного кпереди, чтобы добиться небольшого расхождения остистых отростков позвонков, образующих выбранный для воздействия сегмент. Вслед за этим использует как рычаг свою одну руку: он налегает подмышечной впадиной на одноименное плечо больного, опуская его вниз, одновременно поднимает свои предплечье и кисть, смещая вверх противоположное плечо пациента. Результатом является боковое сгибание корпуса пациента к врачу, который добивается, чтобы угол этого сгибания пришелся точно на выбранный для воздействия сегмент. Другой своей рукой врач одновременно наращивает давление на нижний позвонок сегмента. Ощувив состояние преднапряжения, он (на выдохе больного) проводит манипуляционный толчок. Этот толчок состоит в коротком, форсированном сгибании корпуса больного в направлении на врача, который синхронно толкает от себя большим пальцем остистый отросток нижнего позвонка сегмента.

*Прицельная манипуляция  
на поясничном отделе позвоночника  
с использованием ротации  
и противоудержания в положении  
больного сидя, вариант 1 (рис. 107)*

**Показания.** В целом аналогичны показаниям «Прицельной манипуляции с использованием бокового сгибания». Прием используется, если сегментарная гипомобильность выражается прежде всего в ограничении ротации.

**Исходное положение.** Пациент сидит на кушетке, руки его скрещены перед грудью, каждая кисть обхватывает противоположное плечо. Врач стоит вплотную к больному с той его стороны, в которую он



предполагает увеличить сегментарное движение. Он пропускает одну свою руку под одноименной подмышечной впадиной больного, охватывая поперек его грудную клетку, и захватывает кистью этой руки противоположное плечо больного. Другую свою руку врач устанавливает на нижний позвонок выбранного для воздействия сегмента. Причем подушечкой большого пальца он упирается в отдаленную от него боковую поверхность остистого отростка этого позвонка. Остальные пальцы кисти лежат на соответствующей половине поясницы, параллельно реберной дуге.

**Техника проведения.** Заняв исходное положение, он прежде всего несколько наклоняет вперед корпус больного, чтобы вызвать легкое расхождение остистых отростков двух соседних позвонков, образующих выбранный для воздействия сегмент. Далее врач, используя одну свою руку, вращает на себя верхнюю половину торса больного до тех пор, пока не почувствует концентрацию прилагаемого усилия как раз над приложенным к позвоночнику большим пальцем другой



Рис. 107.

руки. Выполнив таким образом ротацию торса пациента до ощущения преднапряжения в сегменте, врач выполняет (на выдохе больного) манипуляционный толчок. Этот толчок состоит в резком и кратковременном усилении вышеописанной ротации с синхронным увеличением давления подушечкой большого пальца на остистый отросток нижнего позвонка сегмента в направлении противоротации (т.е. в сторону врача). При проведении приема таз пациента не должен смещаться относительно кушетки. Чтобы предотвратить это нежелательное соскальзывание, нужно усадить пациента на кушетку верхом или воспользоваться помощью ассистента для удержания коленей больного. В заключение важно подчеркнуть, что пассивная ротация корпуса больного представляет собой фактически «чистое» движение: не допускаются значительный наклон туловища кпереди и боковые наклоны. Такое требование обусловлено тем, что «замыкание» не участвующих в приеме сегментов обеспечивается натяжением связочного аппарата позвоночника.

*Прицельная манипуляция  
на поясничном отделе позвоночника  
с использованием ротации  
и противоудержания в положении  
больного сидя, вариант 2 (рис. 108)*

**Показания.** В целом аналогичны показаниям предыдущего приема. Однако описываемая техника данного приема основана на «замыкании» не участвующих в манипуляции сегментов за счет их суставных поверхностей.

**Исходное положение.** Пациент сидит на кушетке, сцепив руки под затылком. Для более надежной фиксации таза он может сидеть верхом, либо его колени удерживает ассистент. Врач встает сзади пациента и вплотную к нему. Он пропускает одну свою руку под одноименной подмышечной впадиной больного и захватывает кистью этой руки противоположное плечо пациента. Другой рукой врач фиксирует нижний позвонок выбранного сегмента, причём большой палец этой кисти подушечкой упирается в боковую поверхность



остистого отростка этого позвонка на одноименной с ним стороне.

**Техника проведения.** Заняв исходное положение, врач предлагает пациенту «грузно» осесть на кушетку, согнувшись в поясничном отделе позвоночника. Поддерживая такой выраженный передний наклон, врач использует одну свою руку как рычаг, добиваясь глубоких и разнонаправленных бокового сгибания и ротации туловища пациента (боковое сгибание проводится в направлении от правой руки врача, а ротация — в сторону этой руки). При этом нужно нацелить проводимые им движения на уровень выбранного для воздействия сегмента. Ощувив концентрацию прилагаемого усилия как раз над фиксирующим нижний позвонок сегмента большим пальцем другой руки, врач с увеличением ротации синхронно усиливает давление этим пальцем против боковой поверхности остистого отростка позвонка. Почувствовав, что достигнуто состояние преднапряжения в сегменте, врач выполняет (на глубине выдоха больного) манипуляционный тол-



Рис. 108.

чок. Этот толчок состоит в кратковременном, форсированном увеличении ротации туловища больного с одновременным энергичным противодавлением большим пальцем на остистый отросток нижнего позвонка сегмента.

*Манипуляция на поясничном  
и пояснично-крестцовом отделах  
с использованием ротации  
в нейтральном положении позвоночника  
в модификации Е.Рыхликовой (рис. 109)*

**Показания.** Прием может использоваться практически при всех случаях сегментарной гипомобильности поясничного и пояснично-крестцового отделов позвоночника. Вместе с тем необходимо обратить внимание на следующее обстоятельство. Техника проведения приема предусматривает использование в качестве рычага согнутой ноги пациента, на колено которой опирается своим коленом врач, производя ротацию таза. С одной стороны, это значительно облегчает, прилагаемые для эффективного воздействия усилия, однако, с другой стороны, сила воздействия на сегмент с учетом длины рычага-бедр и веса тела врача такова, что может привести к серьезным осложнениям при неправильном, грубом проведении приема. Например, у пациента с повреждением фиброзного кольца и выпячиванием (протрузией) вещества межпозвоночного диска возможен, при неправильном проведении приема, разрыв фиброзного кольца и выпадение диска в спинномозговой канал с соответствующими последствиями. Учитывая это обстоятельство, начинающему мануальному терапевту не рекомендуется применять эту технику на больных с подозрением на грыжу межпозвоночного диска. Если при попытке проведения манипуляции у пациента усиливаются боли в спине, появляется иррадиирующая боль в бедро и голень, возникают парестезии в нижних конечностях и т. п., манипуляцию следует немедленно прекратить и перейти к более щадящим приемам.

**Исходное положение.** Пациент удобно лежит на кушетке на здоровой стороне, в нейтральном положении



грудная клетка пациента и его таз расположены в одной плоскости. Под голову больного целесообразно подложить подушку. Нижележащая нога пациента выпрямлена, а вышележащая нога согнута в коленном и тазобедренном суставах. Стопа вышележащей ноги укладывается на нижележащую ногу. При этом, если планируется манипуляция на нижних сегментах поясничного отдела или пояснично-крестцовом сочленении, носок стопы лежит на голени несколько ниже подколенной ямки; если манипуляция нацеливается на средние сегменты поясничного отдела, то носок стопы покоится в подколенной ямке; если предполагается провести манипуляцию на верхних поясничных сегментах, то носок стопы следует устроить возможно выше подколенной ямки. Согнутое колено вышележащей ноги свисает за пределы кушетки. Вышележащая рука пациента согнута в локтевом суставе перед грудной клеткой, нижележащая рука подложена ладонью под голову больного, соответствующий плечевой сустав выведен вперед. Врач стоит сбоку от кушетки лицом к больному, на уровне его талии. Одну свою руку, ближнюю к тазу пациента, он помещает на нижний позвонок выбранного сегмента. При этом большим и указательным пальцами этой руки он фиксирует остистый отросток этого позвонка с обеих сторон. Предплечье этой же руки опирается внутренней поверхностью предплечья на крыло подвздошной кости



Рис. 109.

больного. Другую свою руку он проводит под согнутой рукой пациента, опираясь предплечьем на ребра пациента. Локоть этой руки упирается в переднюю поверхность плечевого сустава пациента, как раз над его подмышечной впадиной. Если этот контакт болезнен для пациента, можно перенести его на область большой грудной мышцы. Большой и указательный пальцы этой же руки вилкообразно захватывают остистый отросток верхнего позвонка выбранного сегмента. Одну свою ногу, ближнюю к тазу пациента, врач сгибает в коленном суставе и легко опирает на согнутое и выступающее за пределы кушетки колено вышележащей ноги пациента, а основной вес своего тела удерживает устойчиво на своей другой ноге.

**Техника проведения.** Основной принцип техники этого приема состоит в том, чтобы непосредственно до проведения манипуляционного толчка добиться полного «замыкания» межпозвонковых сегментов как выше, так и ниже сегмента, выбранного для воздействия. Без этого невозможно добиться состояния преднапряжения, а следовательно, и корректно провести манипуляцию. Кроме того, существует определенная особенность в реализации такого полного «замыкания», которое состоит в следующем: если манипуляция осуществляется на верхних поясничных сегментах, то манипуляционный толчок проводится преимущественно в направлении ротации корпуса пациента при фиксированном тазе; если же манипуляция проводится на нижних поясничных сегментах и пояснично-крестцовом сочленении, то ротируется преимущественно таз при фиксированном торсе больного. Принимая во внимание вышеизложенное, врач проводит с помощью своего колена, лежащего поверх (выступающего за пределы кушетки) колена больного, ротацию его таза и поясничного отдела в направлении на себя до уровня верхнего позвонка выбранного сегмента. Это означает, что под приложенными к нему пальцами можно ощутить, как остистый отросток начинает двигаться с нижележащими позвонками. Почувствовав это, врач может также сделать вывод, что достигнуто «замыкание» всех нижележащих сегментов. Далее он поворачивает в направлении от себя туловище больного и предлагает ему повернуть голову в направлении движения и с помощью своей руки, опирающейся на плечевой



сустав пациента, выполняет ротацию. Ротация туловища больного выполняется до уровня остистого отростка нижнего позвонка выбранного сегмента. Это означает, что остистый отросток этого позвонка проявляет тенденцию к соучастному движению с вышележащими позвонками, что можно ощутить приложенными к нему пальцами. Врач имеет право заключить, что им достигнуто «замыкание» и всех вышележащих сегментов. Таким образом он создает состояние преднапряжения в выбранном для воздействия сегменте. Отчетливо прочувствовав достижение преднапряжения в сегменте, врач (на выдохе больного) проводит манипуляционный толчок. Этот манипуляционный толчок состоит, в зависимости от уровня сегмента, либо в коротком, форсированном давлении рукой на верхнюю часть корпуса больного с целью его ротации (верхние поясничные сегменты), либо в точно рассчитанном коротком усилении давления коленом врача на колено больного с целью ротации его таза (нижние поясничные сегменты).

*Манипуляция на поясничном  
и пояснично-крестцовом отделах  
с использованием ротации  
и разгибания позвоночника  
в модификации Е. Рыхликовой (рис. 110)*

**Показания.** В целом совпадают с показаниями предыдущего приема, хотя в силу особенностей техники эта манипуляция не подходит для больных, имеющих выраженный кифоз в области грудного отдела позвоночника и шейно-грудного перехода (выраженная сутулость). Выраженный гиперлордоз поясничного отдела позвоночника также делает проведение приема крайне затруднительным. Дело в том, что чем больше лордоз в области поясницы, тем большее разгибание корпуса больного приходится проводить, чтобы вызвать «замыкание» на уровне суставных поверхностей поясничных сегментов, поэтому в ряде случаев при гиперлордозе невозможно добиться состояния преднапряжения и, следовательно, выполнить манипуляцию. По мнению Е. Рыхликовой, манипуляция с ис-

пользованием ротации и разгибания позвоночника запрещена для больных с гипермобильностью пояснично-крестцового сочленения. Во всех этих вышеописанных случаях целесообразно использовать ротацию в нейтральном положении, как способствующую наилучшему «замыканию» тех сегментов позвоночника, на которые не оказывается воздействия.

**Исходное положение.** Пациент удобно лежит на кушетке на боку, туловище его находится в положении разгибания. Это означает, что вышележащий плечевой сустав больного смещен по отношению к его тазу значительно кзади. Степень такого смещения определяется так, чтобы угол изгиба туловища приходился как раз на выбранный для манипуляции позвоночный сегмент. Нижележащая нога больного полностью выпрямлена. Вышележащая нога больного согнута в тазобедренном и коленном суставах, носок ее покоится в подколенной ямке нижележащей ноги. Нижележащий плечевой сустав больного выведен вперед, вышележащая рука согнута в локтевом суставе перед грудью.

Врач стоит сбоку от кушетки лицом к больному, примерно на уровне его талии. Одну свою руку, ближнюю к тазу больного, он прикладывает ладонью к верхнему позвонку выбранного для воздействия сегмента. При этом остистый отросток этого позвонка находится между тенаром и гипотенаром ладони; запястье руки находится в положении полного тыльного сгибания.



Рис. 110.



Другую свою руку предплечьем врач устанавливает на ребра больного с целью ротации в направлении от себя его грудной клетки и последующей стабилизации его корпуса. Согнутое колено ближней к тазу пациента ноги врач устанавливает на согнутое и выступающее за пределы кушетки колено вышележащей ноги больного. Цель этого контакта состоит в надежной стабилизации таза больного при проведении приема.

**Техника проведения.** Заняв исходное положение, врач еще раз убеждается в устойчивости положения (нельзя допускать нарушений равновесия и оступиться при проведении приема). Далее он, используя свою руку, опирающуюся на ребра больного, проводит ротацию корпуса пациента в направлении от себя. Степень такой ротации определяется максимальной концентрацией прилагаемого усилия в области выбранного сегмента. Одновременно больной помогает проведению такой ротации, максимально поворачивая голову в ее направлении.

Иногда, если пациент не испытывает дискомфорта и не страдает артрозом плечевого сустава, врач может с целью ротации корпуса больного давить ладонью на переднюю поверхность плечевого сустава пациента.

Ощувив достижение состояния преднапряжения в выбранном сегменте, он предлагает больному глубоко вдохнуть и постепенно выдохнуть. На глубине выдоха больного он выполняет манипуляционный толчок, который состоит в коротком, форсированном усилии ротации корпуса больного с одновременным энергичным толчком основанием ладони на верхний позвонок выбранного сегмента в направлении передней поверхности тела больного (вентрокаудальном).

*Манипуляция на поясничном  
и пояснично-крестцовом отделах  
с использованием ротации  
и переднего сгибания позвоночника  
в модификации Е. Рыхликовой (рис. 111)*

**Показания.** В целом совпадают с показаниями для манипуляции по Е. Рыхликовой в нейтральном положении позвоночника. В то же время Е. Рыхликова

подчеркивает, что для успешного проведения приема необходимо обратить особое внимание на правильную укладку больного, в противном случае невозможно достичь состояния преднапряжения и провести манипуляцию. Дело в том, что в этом положении сгибания туловища нельзя привести в «замыкание» суставные поверхности поясничных сегментов, а следовательно, необходимо использовать натяжение связочного аппарата позвоночника и мягких тканей. В силу этих же технических особенностей описываемая манипуляция часто не удается у больных с коксартрозом, гонартрозом именно из-за невозможности достичь правильного исходного положения больного.

**Исходное положение.** Пациент удобно лежит на боку недалеко от края кушетки. Под голову и плечи больного можно подложить подушку. Больному необходимо придать положение переднего сгибания позвоночника и одновременно ротировать кзади его корпус. Поэтому ему предлагают вышележащую ногу выпрямить в коленном суставе, согнуть в тазобедренном и опустить ее за пределы кушетки. Можно в месте контакта под бедро больного подложить подушку, чтобы не вызывать у пациента ощущения дискомфорта. Врач стоит у кушетки лицом к больному, примерно на уровне его талии. Предплечье одной своей руки он устанавливает на ребра больного, а 1-й и 2-й пальцы прикладывает к остистому отростку верхнего позвонка



Рис. 111.



выбранного сегмента. Другую свою руку он помещает всей ладонью на поясничный отдел позвоночника. Причем 2-й и 3-й пальцы приложены к остистому отростку нижнего позвонка сегмента, а остальные пальцы веерообразно расходятся. Предплечье этой руки опирается на ягодичную область больного. Выпрямленная нога врача лежит сверху свисающей с кушетки выпрямленной в колене ноги пациента и оказывает на нее умеренное давление в направлении вниз, к полу.

**Техника проведения.** Заняв исходное положение, врач немного увеличивает давление своим бедром на свисающую ногу больного. В результате он ротирует на себя таз больного до уровня своих пальцев, приложенных к остистому отростку верхнего позвонка сегмента. Далее больной должен повернуть голову в направлении ротации корпуса (от себя), а врач с помощью одной руки ротирует корпус больного спиной к поверхности кушетки. Степень ротации должна быть такова, чтобы врач ощутил концентрацию напряжения тканей пальцами, приложенными к нижнему позвонку выбранного сегмента. Ощувив достигнутое теперь состояние преднапряжения в этом сегменте, больного просят глубоко вдохнуть и медленно выдохнуть. На глубине выдоха проводится манипуляционный толчок. Толчок состоит в коротком, но энергичном давлении бедром врача на выпрямленную и свисающую ногу больного, это давление он потенцирует давлением своего предплечья на ягодицу и тазобедренный сустав больного.

### *Манипуляция на крестцово-подвздошном сочленении с использованием ротации в положении больного лежа на боку (рис. 112)*

**Показания.** Функциональные «блокады» крестцово-подвздошного сочленения. Возникающие на этом фоне боли могут быть острыми и хроническими, локализоваться в области суставной щели или распространяться на ягодицу, пах, нижнюю конечность (вплоть до голеностопного сустава). При пальпации можно выявить ирритационные зоны в области соответствующего крестцово-подвздошного сустава, а также прощупать напряженные мышцы. Например, часто наблюда-

ется спазм и болезненное укорочение подвздошно-поясничной мышцы, грушевидной мышцы, мышц задней поверхности бедра и др.

**Исходное положение.** Пациент лежит на кушетке на боку, что важно подчеркнуть, больной стороной (с пораженным крестцово-подвздошным сочленением) вниз к кушетке, а здоровой — вверх. Под голову и шею больного подложена подушка. Нижележащая нога пациента выпрямлена вдоль кушетки, а вышележащая согнута в коленном и тазобедренном суставах, носок ее покоится на голени нижележащей ноги, чуть ниже ее подколенной ямки. Нижележащие плечевой сустав и плечо больного выведены вперед, а вышележащая рука согнута в локтевом суставе, причем плечо лежит вдоль грудной клетки, а предплечье — поперек, пальцы лежат на животе.

Врач стоит сбоку от пациента лицом к нему, примерно на уровне таза. Одну свою руку он плотно прижимает ладонью к крестцу больного так, чтобы локтевой край этой ладони располагался как раз вдоль суставной щели пораженного крестцово-подвздошного сочленения. Пальцы этой ладони ориентированы в краиниальном направлении (к голове больного). Сама ладонь находится в положении полного тыльного сгибания, а предплечье почти перпендикулярно поверхности таза больного. Другой своей рукой врач опирается с помощью предплечья на переднюю поверхность пле-



Рис. 112.



чевого сустава пациента, а также на большую грудную мышцу, если плечо болезненно. Допустимо в ряде случаев пользоваться для опоры не только своим предплечьем, но и всей ладонью. Одну свою ногу (ближнюю к тазу пациента) он сгибает в коленном суставе и осторожно устанавливает поверх согнутой в коленном суставе и выступающей за пределы кушетки вышележащей ноги больного.

**Техника проведения.** Заняв исходное положение, врач прежде всего проверяет устойчивость своего собственного положения и убеждается в том, что в ходе приема больной не упадет с кушетки. Затем он как бы «зависает» над больным и, используя вес своего тела, проводит пассивную ротацию корпуса пациента в направлении от себя. Степень этой ротации должна быть такова, чтобы обеспечить вовлечение и пояснично-крестцового перехода. При этом больной должен повернуть свою голову в направлении ротации корпуса. Нарастив ротацию корпуса больного, врач одновременно усиливает давление ладонью, помещенной ладонью на крестец, а также увеличивает давление своим коленом на колено пациента, стабилизируя его таз. Ощувив достижение состояния преднапряжения в крестцово-подвздошном сочленении, врач в конце выдоха больного проводит манипуляционный толчок. Этот толчок состоит в энергичном коротком движении ладонью, лежащей поверх крестца больного, в направлении к его передней брюшной стенке и несколько вверх (вентро-краниально), одновременно он форсирует давление своим коленом на колено больного, коротко ротируя его таз в направлении на себя.

Следует еще раз подчеркнуть необходимость достаточной ротации корпуса пациента до «замыкания» сочленения между позвонками  $L_5-S_1$ , так как в противном случае именно на этот сегмент будет приходиться основное воздействие.

*Манипуляция на крестцово-подвздошном сочленении с использованием разгибания и ротации в положении больного лежа на животе (рис. 113)*

**Показания.** В целом совпадают с показаниями предыдущего приема. В то же время технически этот прием позволяет восстановить подвижность в крестцово-подвздошном сочленении, ограниченную преимущественно в противоположном направлении.

**Исходное положение.** Пациент лежит на кушетке лицом вниз. Врач стоит сбоку от него, на стороне, противоположной предполагаемому воздействию, примерно на уровне талии больного. Врач предлагает пациенту несколько приподняться над уровнем кушетки с помощью обеих рук. В это самое время он устанавливает свою согнутую в коленном суставе ногу (ближнюю к голове больного) на кушетку. При этом пациент может удобно опереться своей одноименной подмышечной впадиной и соответствующей половиной грудной клетки на бедро этой ноги врача. Практически одновременно врач одной своей рукой (одноименной с ногой, опирающейся коленом на кушетку) обхватывает спереди отдаленный от него плечевой сустав больного. При этом предплечье врача поддерживает плече-



Рис. 113.



вой сустав и подмышечную впадину больного, а его кисть захватывает соответствующую лопаточную область пациента. Пациент своей рукой, отдаленной от врача, захватывает локтевой сустав его руки. Другую свою руку врач устанавливает строго вертикально над тазом больного. Причем кисть этой руки приложена основанием ладони к задневерхней ости подвздошной кости, расположенной с противоположной стороны от врача.

**Техника проведения.** Заняв исходное положение, врач сначала добивается достаточного разгибания в поясничном отделе позвоночника. Степень этого разгибания определяется по «замыканию» суставных поверхностей всех поясничных и пояснично-крестцового сегментов. Для успешного проведения приема достижение такого «замыкания» является абсолютно необходимым условием. Далее врач наращивает давление своей другой рукой на крыло подвздошной кости пациента. В ряде случаев для усиления воздействия можно использовать дополнительные боковой наклон и ротацию корпуса пациента. При этом для достижения бокового наклона врачу достаточно переместить таз пациента ближе к себе, а для получения ротации он должен увеличить тягу своей рукой против плечевого сустава и подмышечной впадины больного. Ощувив достижение состояния преднапряжения в крестцово-подвздошном сочленении, врач (на выдохе больного) проводит манипуляционный толчок.

Этот толчок состоит в коротком энергичном давлении выпрямленной в локтевом суставе рукой врача на задневерхнюю ость подвздошной кости. Толчок проводится в вертикальном направлении в плоскости суставных поверхностей крестцово-подвздошного сочленения.

## Глоссарий

Абдукция	— отведение в направлении от средней оси тела.
Аддукция	— приведение, движение в направлении к средней оси тела.
Вентрально	— в направлении живота пациента, передней поверхности его тела.
Вертеброгенный	— причинно связанный с позвоночником.
Вертебробазиллярная недостаточность	— недостаточность мозгового кровообращения, обусловленная уменьшением кровотока в бассейне позвоночных артерий (главным образом на фоне остеохондроза позвоночника).
Гонартроз	— артроз коленного сустава.
Дистальный	— участок тела, удаленный от его анатомической середины.
Дистракция	— разделение; дистракционное усилие — усилие, направленное на разделение суставных поверхностей.
Дорзально	— в направлении поверхности спины больного.
Иррадиация	— распространение болей.
Ингибирует	— подавляет.
Ирритационная зона	— зона раздражения, преимущественная зона локализации болезненно измененных тканей.
Компрессия	— сдавление.
Краниально	— в направлении головы больного.



Каудально	— в направлении таза больного, к его стопам.
Коксартроз	— артроз тазобедренного сустава.
Латерально	— вбок, в направлении наружной поверхности тела.
Лордоз	— функциональный изгиб позвоночника в поясничном отделе в направлении живота.
Гиперлордоз	— болезненное состояние, состоящее в увеличении функционального лордоза.
Миофиброз	— болезненное перерождение мышцы, замещение мышечных волокон так называемой «соединительной тканью».
Парестезия	— нарушение чувствительности, сопровождающееся ощущением «ползания мурашек», покалывания, возникает при сдавлении нервов.
Паравертебральный	— расположенный рядом с позвоночником.
Пронация	— положение предплечья кистью вниз.
Потенцировать	— усиливать.
Радиальный край кисти	— край кисти, расположенный со стороны лучевой кости.
Ротация	— поворот, вращение.
Сагиттальная плоскость	— плоскость, перпендикулярная фронтальной по вертикали.
Тораколумбальный переход	— грудно-поясничный переход.
Ульнарный край кисти	— край кисти, расположенный со стороны локтевой кости.
Супинация	— положение предплечья кистью вверх.
Флексия	— сгибание; тыльная флексия — ладонное сгибание.
Экстензия	— разгибание; гиперэкстензия — добавочное разгибание, переразгибание.

## Содержание

ПРЕДИСЛОВИЕ . . . . .	3
ОСНОВНЫЕ ВИДЫ ПРИЕМОВ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ И СОВЕТЫ ПО ИХ ПРИМЕНЕНИЮ . . . . .	5
ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРОВЕДЕНИЮ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ. . . . .	12
ТЕХНИКА ПРИЕМОВ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ, ВЫПОЛНЯЕМЫХ НА ШЕЙНОМ ОТДЕЛЕ ПОЗВОНОЧНИКА	20
<b>Техника приемов, выполняемых на мягких тканях шейного отдела позвоночника . . . . .</b>	<b>20</b>
Прием для расслабления ременных мышц головы . . . . .	20
Прием для расслабления срединных порций ременных и полустистых мышц головы . . . . .	21
Прием совокупного расслабления мышц шейного отдела позвоночника . . . . .	22
Прием для совокупного расслабления мышц шейного отдела позвоночника в сочетании с ротацией головы . . . . .	23
Прием «собачка» по К. Левиту . . . . .	25
Прием «катания» головы . . . . .	25
<b>Техника приемов ручного вытяжения, выполняемых на шейном отделе позвоночника . . . . .</b>	<b>26</b>
Тракционный прием, выполняемый двумя руками в положении больного сидя . . . . .	26



Тракторный прием, выполняемый одной рукой в положении больного сидя . . . . .	28	Манипуляция на шейном отделе позвоночника с помощью прицельной тракции и сопровождения в положении больного лежа . . . . .	51
Тракторный прием, выполняемый в положении больного лежа, вариант 1 . . . . .	29	Манипуляция на сочленении «затылочная кость-атлас» с помощью ротации, тракции и противоудержания в положении больного сидя . . . . .	55
Тракторный прием, выполняемый в положении больного лежа, вариант 2 . . . . .	30	Манипуляция на сочленении «атлас-аксис» с помощью ротации и противоудержания в положении больного сидя . . . . .	57
<b>Техника приемов постизометрической релаксации, выполняемых на шейном отделе позвоночника . . . . .</b>	<b>31</b>	Манипуляция на шейном отделе позвоночника с использованием бокового наклона и сопровождения в положении больного лежа . . . . .	59
Постизометрическая релаксация мышц в области верхних шейных сегментов . . . . .	31	Манипуляция на шейном отделе позвоночника с использованием ротации и сопровождения в положении больного лежа . . . . .	60
Постизометрическая релаксация шейного отдела позвоночника в направлении бокового сгибания . . . . .	33	Манипуляция на шейном отделе позвоночника с помощью ротации и противоудержания в положении больного лежа . . . . .	61
Постизометрическая релаксация шейного отдела позвоночника в направлении ротации . . . . .	34	Манипуляция на шейном отделе позвоночника с использованием ротации и противоудержания в положении больного сидя . . . . .	63
Постизометрическая релаксация верхней части трапециевидной мышцы . . . . .	36	Манипуляция на шейном отделе позвоночника с использованием ротации, бокового наклона и сопровождения в положении больного сидя, вариант 1 . . . . .	64
Постизометрическая релаксация лестничной мышцы . . . . .	37	Манипуляция на шейном отделе позвоночника с использованием ротации, бокового наклона и сопровождения в положении больного сидя, вариант 2 . . . . .	66
Постизометрическая релаксация кивательной мышцы . . . . .	39	<b>ТЕХНИКА ПРИЕМОВ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ, ВЫПОЛНЯЕМЫХ НА ГРУДНОМ ОТДЕЛЕ ПОЗВОНОЧНИКА . . . . .</b>	<b>67</b>
<b>Техника приемов мобилизации шейного отдела позвоночника . . . . .</b>	<b>41</b>	<b>Техника приемов, выполняемых на мягких тканях грудного отдела позвоночника . . . . .</b>	<b>67</b>
Мобилизация шейного отдела позвоночника в положении больного сидя . . . . .	41	Образование поперечной и продольной кожных складок . . . . .	67
Мобилизация шейного отдела позвоночника с помощью бокового наклона в положении больного лежа . . . . .	42	Разминание трапециевидных областей . . . . .	69
Мобилизация шейного отдела позвоночника с помощью ротации в положении больного лежа . . . . .	43	Расслабление мышц плечевого пояса . . . . .	70
Мобилизация шейного отдела позвоночника с использованием приема «лестница» в положении больного лежа . . . . .	44	Растягивание и расслабление межлопаточных мышц . . . . .	71
Мобилизация сочленения «затылок-атлас» с использованием кивательного движения вперед в положении больного лежа . . . . .	45	Растяжение мышц плечевого пояса . . . . .	72
Мобилизация сочленения «затылочная кость-атлас» с использованием кивательного движения назад . . . . .	47	Растяжение и релаксация грудных мышц . . . . .	73
Мобилизация сочленения «затылок-атлас» (C <sub>1</sub> — C <sub>2</sub> ) с использованием кивательного движения в сторону . . . . .	48	Разминание паравертебральных мышц, вариант 1 . . . . .	74
Мобилизация сочленения «атлас-аксис» с использованием кивательного движения в сторону . . . . .	49	Разминание паравертебральных мышц, вариант 2 . . . . .	75
<b>Техника манипуляционных приемов, выполняемых на шейном отделе позвоночника . . . . .</b>	<b>50</b>	<b>Техника приемов мобилизации грудного отдела позвоночника, включая комбинированные приемы с привлечением методик нейромышечной терапии . . . . .</b>	<b>76</b>
		Мобилизация ребер с использованием непосредственного усилия межреберных мышц, вариант 1 . . . . .	76
		Мобилизация ребер с использованием непосредственного усилия межреберных мышц, вариант 2 . . . . .	77



Постизометрическая релаксация дыхательной мускулатуры . . . . .	79
Прицельная тракционная мобилизация области шейно-грудного перехода в положении больного сидя . . . . .	81
Неспецифическая тракция средне-грудного отдела позвоночника в положении больного сидя . . . . .	82
Неспецифическая тракция ниже-грудного отдела позвоночника в положении больного сидя . . . . .	83
Целенаправленная мобилизация шейно-грудного перехода в положении больного лежа на боку . . . . .	84
Неспецифическая мобилизация верхне-грудного отдела позвоночника с использованием экстензии в положении больного сидя . . . . .	88
Неспецифическая мобилизация средне- и ниже-грудного отдела позвоночника с использованием экстензии в положении больного сидя . . . . .	89
Прицельная мобилизация грудного отдела позвоночника с использованием ротации и противоудержания в положении больного сидя . . . . .	90
<b>Техника манипуляционных приемов, выполняемых на грудном отделе позвоночника . . . . .</b>	<b>92</b>

Прицельная манипуляция с использованием ротации и коротких рычагов в положении больного лежа на животе . . . . .	92
Прицельная манипуляция на грудном отделе позвоночника в положении больного лежа на спине . . . . .	95
Прицельная манипуляция «тяни-толкай» по А. Стоддарту . . . . .	97
Прицельная манипуляция на области шейно-грудного перехода и верхних грудных позвонков с использованием ротации и сопровождения в положении больного лежа на животе . . . . .	98
Прицельная манипуляция на области шейно-грудного перехода и верхних грудных позвонков с использованием ротации и противоудержания в положении больного лежа на животе . . . . .	99
Прицельная манипуляция на области шейно-грудного перехода и верхне-грудных сегментах позвоночника с помощью ротации и противоудержания в положении больного сидя . . . . .	100
Прицельная манипуляция на грудном отделе позвоночника с помощью колена в положении больного сидя . . . . .	102
Прицельная манипуляция с использованием ротации и противоудержания в положении больного лежа на боку, по А. Стоддарту . . . . .	104

**ТЕХНИКА ПРИЕМОМ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ, ВЫПОЛНЯЕМЫХ НА ПОЯСНИЧНОМ, ПОЯСНИЧНО-КРЕ-**

**СТЦОВОМ ОТДЕЛАХ ПОЗВОНОЧНИКА И КРЕСТЦОВО-ПОДВЗДОШНЫХ СОЧЛЕНЕНИЯХ . . . . .**

**Техника приемов, выполняемых на мягких тканях поясничного, пояснично-крестцового отделов позвоночника и крестцово-подвздошных сочленениях . . . . .**

Разминание паравертебральной мускулатуры поясничного отдела позвоночника в положении больного лежа на животе . . . . .	109
Прием для расслабления поясничных мышц в положении больного лежа на животе . . . . .	111
Прием для разминания мышц области крыла и годичной поверхности подвздошной кости с помощью локтевого сустава . . . . .	112
Разминание паравертебральной мускулатуры поясничного отдела позвоночника в положении больного лежа на спине, вариант 1 . . . . .	113
Разминание паравертебральной мускулатуры поясничного отдела позвоночника в положении больного лежа на спине, вариант 2 . . . . .	114
Разминание паравертебральных мышц поясничного отдела позвоночника в положении больного лежа на боку . . . . .	115

**Техника приемов нейромышечной терапии, выполняемых на области поясничного, пояснично-крестцового отделов позвоночника и крестцово-подвздошных сочленениях . . . . .**

Нейромышечная терапия поясничного и пояснично-крестцового отделов позвоночника с использованием прямого усилия мышц-агонистов и ротации в положении больного лежа на боку . . . . .	116
Нейромышечная терапия области крестцово-подвздошного сочленения с использованием прямого усилия мышц-агонистов в положении больного лежа на спине . . . . .	117
Нейромышечная терапия области крестцово-подвздошных сочленений с использованием прямого усилия мышц-агонистов и постизометрической релаксации в положении больного лежа на боку . . . . .	119
Постизометрическая релаксация мышцы-выпрямителя спины в области поясничного отдела позвоночника в положении больного лежа на боку . . . . .	120
Постизометрическая релаксация мышцы-напрягателя широкой фасции бедра . . . . .	122
Постизометрическая релаксация подвздошно-поясничной мышцы . . . . .	124
Постизометрическая релаксация грушевидной мышцы . . . . .	127
Постизометрическая релаксация прямой мышцы бедра . . . . .	128



Постизометрическая релаксация приводящих мышц бедра . . . . .	130
Постизометрическая релаксация задней группы мышц бедра . . . . .	132
<b>Техника приемов ручного вытяжения, выполняемых на уровне поясничного, пояснично-крестцового отделов позвоночника и сакроилиакальных суставов . . . . .</b>	<b>134</b>
Тракция позвоночника с использованием обеих нижних конечностей в положении больного лежа на спине . . . . .	134
Тракция позвоночника с использованием одной нижней конечности в положении больного лежа на спине . . . . .	135
Тракция позвоночника на фоне его переднего сгибания в поясничном отделе с использованием обеих нижних конечностей в положении больного лежа на спине . . . . .	136
Тракция позвоночника с использованием обеих нижних конечностей в положении больного лежа на животе . . . . .	138
<b>Техника приемов мобилизации, выполняемых на поясничном, пояснично-крестцовом отделах позвоночника и на крестцово-подвздошных сочленениях . . . . .</b>	<b>139</b>
Прицельная мобилизация сегментов поясничного и пояснично-крестцового отделов позвоночника с помощью ротации в положении больного лежа на боку . . . . .	139
Прицельная мобилизация пояснично-крестцового отдела позвоночника с помощью переднего сгибания в положении больного лежа на боку . . . . .	141
Неспецифическая мобилизация поясничного и пояснично-крестцового отделов позвоночника с помощью ротации в положении больного сидя . . . . .	143
Полисегментная мобилизация поясничного и пояснично-крестцового отделов позвоночника с помощью ротации в положении больного сидя . . . . .	144
Неспецифическая мобилизация поясничного и пояснично-крестцового отделов позвоночника с помощью разгибания в положении больного лежа на животе . . . . .	146
Прицельная мобилизация поясничного отдела позвоночника с помощью разгибания и сопровождения в положении больного лежа на животе . . . . .	147
Прицельная мобилизация поясничного отдела позвоночника с использованием разгибания и коротких рычагов в положении больного лежа на животе . . . . .	148
Мобилизация крестцово-подвздошного сочленения в положении больного лежа на животе по В. Шнайдеру . . . . .	150
Мобилизация крестцово-подвздошного сочленения в положении больного лежа на спине . . . . .	152

Мобилизация крестцово-подвздошного сочленения в положении больного лежа на животе . . . . .	154
Мобилизация крестцово-подвздошного сочленения с помощью крестообразной установки ладоней в положении больного лежа на животе, по А. Стоддарту . . . . .	155
Мобилизация крестцово-подвздошного сочленения в положении больного лежа на боку . . . . .	156

**Техника манипуляционных приемов, выполняемых на поясничном, пояснично-крестцовом отделах позвоночника и на крестцово-подвздошных сочленениях . . . . .**

Неспецифическая тракционная манипуляция на поясничном отделе позвоночника . . . . .	158
Прицельная манипуляция на поясничном отделе позвоночника с использованием разгибания и коротких рычагов в положении больного лежа на животе . . . . .	160
Манипуляция на пояснично-крестцовом отделе позвоночника с использованием разгибания и коротких рычагов в положении больного лежа на животе . . . . .	161
Прицельная манипуляция на поясничном отделе позвоночника с использованием разгибания и коротких рычагов в положении больного лежа на животе, по А. Стоддарту . . . . .	162
Прицельная манипуляция на поясничном отделе позвоночника с использованием разгибания и коротких рычагов в положении больного лежа на животе, по Дж. Сирьяксу, вариант 1 . . . . .	164
Прицельная манипуляция на поясничном отделе позвоночника с использованием разгибания и коротких рычагов в положении больного лежа на животе, по Дж. Сирьяксу, вариант 2 . . . . .	165
Манипуляция на нижних сегментах (L <sub>4</sub> — L <sub>5</sub> и L <sub>5</sub> — S <sub>1</sub> ) поясничного отдела позвоночника с использованием разгибания и длинных рычагов в положении больного лежа на животе . . . . .	167
Регионарная манипуляция на нижних сегментах (L <sub>4</sub> — L <sub>5</sub> и L <sub>5</sub> — S <sub>1</sub> ) поясничного отдела позвоночника с использованием разгибания и длинных рычагов в положении больного лежа на животе . . . . .	168
Прицельная манипуляция на поясничном отделе позвоночника с использованием разгибания и длинных рычагов в положении больного лежа на животе . . . . .	170
Неспецифическая манипуляция на поясничном отделе позвоночника с использованием разгибания и латеральной дистракции в положении больного лежа на животе . . . . .	171
Неспецифическая манипуляция на поясничном отделе позвоночника с использованием ротации в положении больного лежа на боку, вариант 1 . . . . .	172
Неспецифическая манипуляция на поясничном отделе по-	



звоночника с использованием ротации в положении больного лежа на боку, вариант 2 . . . . .	174
Прицельная манипуляция на поясничном отделе позвоночника с использованием ротации и противоудержания в положении больного лежа на боку . . . . .	176
Прицельная манипуляция на поясничном отделе позвоночника с использованием бокового сгибания и противоудержания в положении больного лежа на боку . . . . .	178
Прицельная манипуляция на поясничном отделе позвоночника с использованием бокового сгибания и противоудержания в положении больного сидя . . . . .	180
Прицельная манипуляция на поясничном отделе позвоночника с использованием ротации и противоудержания в положении больного сидя, вариант 1 . . . . .	181
Прицельная манипуляция на поясничном отделе позвоночника с использованием ротации и противоудержания в положении больного сидя, вариант 2 . . . . .	183
Манипуляция на поясничном и пояснично-крестцовом отделах с использованием ротации в нейтральном положении позвоночника в модификации Е. Рыхликовой . . . . .	185
Манипуляция на поясничном и пояснично-крестцовом отделах с использованием ротации и разгибания позвоночника в модификации Е. Рыхликовой . . . . .	188
Манипуляция на поясничном и пояснично-крестцовом отделах с использованием ротации и переднего сгибания позвоночника в модификации Е. Рыхликовой . . . . .	190
Манипуляция на крестцово-подвздошном сочленении с использованием ротации в положении больного лежа на боку . . . . .	192
Манипуляция на крестцово-подвздошном сочленении с использованием разгибания и ротации в положении больного лежа на животе . . . . .	195
<b>Глоссарий</b> . . . . .	197

Научно-популярное издание

**КРУГЛЯКОВ Сергей Валентинович**

## 100 ПРИЕМОВ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Редактор *Ю.И. Уварова*

Художник *А.В. Амастюр*

Художественный редактор *С.А. Чернецова*

Технический редактор *Н.П. Гаврилина*

Корректоры *Н.Р. Раджабли, Л.М. Вайнер*

Лицензия ЛР № 020435 от 19.02.92 г.

Подписано в печать 23.11.96 Формат 84x108/32.

Бумага газетная. Гарнитура "Тип Таймс".

Печать офсетная. Усл. печ. л. 10,92. Усл. кр.-отт. 11,34.

Уч.-изд. л. 8,36. Тираж 20000 экз. Изд. №230

Заказ 3819. С-22

Издательство «Советский спорт».

103064, Москва, ул. Казакова, 18.

Тел. (095) 261-50-32.

АО «Типография «Новости»

107005, Москва, ул. Фр.Энгельса, 46.



Издательство «Советский спорт»  
готовит к выпуску во II квартале 1997 года  
следующие книги:

**Синяков А.Ф. Фитотерапия против рака.**

В книге известного профессора, фитотерапевта, члена-корреспондента Международной академии информатизации при ООН, эксперта-диетолога Национальной академии питания США Алексея Федоровича Синякова рассказывается о самом страшном заболевании XX века — раке, механизмах его возникновения, признаках, причинах, профилактике, лечении.

Автор обобщает богатый опыт народной медицины (в книге описано 117 лекарственных растений) по лечению онкологических заболеваний. В издании приводится большое количество рецептов для лечения и профилактики опухолей с использованием проверенных природных средств, а также даны рекомендации по приготовлению в домашних условиях настоев, отваров, мазей. Для широкого круга читателей

**Савченко В.А., Бирюков А.А., Дейл Н.В. Массаж и мобилизация при синдромах вертеброгенного остеохондроза. Учебное пособие.**

Учебное пособие написано российско-американским коллективом авторов, известных специалистов в своей области. Оно посвящено проблемам остеохондроза позвоночника. Авторы приводят комплексную методику лечения вертеброгенных синдромов остеохондроза с помощью различных видов массажа, триггерной терапии, мягкой мобилизации, включая и постизометрическую релаксацию. Приводится оригинальный комплекс физических упражнений.

Содержит 126 иллюстраций, таблицы, библиографию.

*По вопросам оптового приобретения книг звоните по тел. (095) 267-9435 (издательство «Советский спорт») или обращайтесь в магазины:*

*«Медицинская книга» (Комсомольский пр-т, 25)  
«Библио-Глобус» (ул. Мясницкая, 6)*