

СПОСОБ КОРРЕКЦИИ ВЗАИМОСТОЯНИЯ ПОЗВОНКОВ

Изобретение относится к медицине, а именно к способам вправления вывихов, и может быть использовано для коррекции взаимостояния позвонков.

Известен способ устранения смещений позвонков методом растяжения позвоночника (JQ).

Основным саногенизирующим фактором этого метода лечения является приложение на позвоночник тракционной силы, направленной по оси позвоночника. Реализуется она на связочном аппарате позвоночных двигательных сегментов, что приводит к диспозиции позвонков*

Однако, большему растяжению подвергаются отделы позвоночника с менее выраженной локально-вертебральной миофиксацией. В связи с этим, изменение взаимостояния позвонков будет наблюдаться лишь при нестабильных смещениях. В прочих случаях растягиваться будут рядом расположенные позвоночные двигательные сегменты, что приводит к их перегрузке и распространению патологического процесса.

Известен способ вправления смещенных позвонков методом мануальной терапии (2).

Коррекция взаимостояния позвонков по данному способу лечения осуществляется путем мануального надавливания на костные структуры позвонков.

Эти воздействия тяжело контролируются врачом, что часто приводит к чрезмерному растяжению межпозвоночного связочного аппарата, а иногда и к его разрыву при проведении манипуляции*

Цель изобретения - уменьшить травматичность мануальной терапии-

С этой целью предлагается проводить надавливание на костные структуры смещенных позвонков брюшками паравертебрально расположенных мышц больного, уложенного в укладку, релаксирующую околопозвоночные мышцы пораженного участка позвоночника.

Разберем примеры:

Пример М.

Больной с антелистезом № укладывается на спину *Согнутые в коленях ноги приводятся к его груди и удерживаются врачом в таком положении. В данной позе расслабляются паравертебральные мышцы поясничной области, что способствует расширению задних и сужению передних отделов межпозвонковых промежутков поясничного отдела позвоночника. Далее пациент пытается подтягивать бедра к груди с усилием до 80 КгС, Это движение осуществляется напряжением большой поясничной мышцы, расположенной по передней поверхности поперечных отростков поясничных позвонков. При подтягивании бедер к груди в такой укладке перемена их положения происходить не будет (они уже приведены к груди пациента), а будет осуществляться лишь напряжение мышц, разбухание их брюшек, что приводит к надавливанию ими на переднюю поверхность поперечных отростков поясничных позвонков. Большее надавливание будет оказываться на более выступающие позвонки.

Пример №2,

Больной с ретролистезом Л4 укладывается на живот на кушетку. Под грудь и колени его подкладывается по одной стандартной постельной подушке, В данной позе происходит расширение передних и сужение задних отделов межпозвонковых промежутков поясничного отдела позвоночника. Больной запрокидывает голову назад. При этом движении напрягается мышца разгибающая спину, что приводит к расширению ее брюшка и надавливанию им на заднюю поверхность поперечных отростков поясничных позвонков. Большее надавливание будет осуществляться на позвонок более выступающий назад.

Пример \$3.

При наличии ретролистеза шейного позвонка манипуляцию следует проводить в положении пациента сидя в кресле с запрокинутой

на подголовник головой. Далее больной надавливает с усилием до 15 КгС затылком на подголовник, напрягая при этом задне-шейную группу мышц (задняя лестничная мышца, ременная мышца головы, ременная мышца шеи, мышца, выпрямляющая позвоночник). При этом перемена положения головы не происходит, а наблюдается расширение выше указанных мышц и надавливание их брюшками на более выступающие назад позвонки.

Пример М.

При наличии антелистеа шейного позвонка больной усаживается на стул за письменный стол. Руки его, согнутые в локтевых суставах, устанавливаются локтями на крышку стола. Пациент кладет подбородок на кисти рук и надавливает им на них с усилием до 10 КгС. Данное напряжение передне-шейной группы мышц (длинная мышца шеи, передняя ■ лестничная мышца, длинная мышца головы) не вызовет перемены положения головы, а приведет лишь к расширению брюшек выше указанных мышц, что обеспечит надавливание ими на выступающие вперед шейные позвонки.

Манипуляции на позвоночнике по заявляемому способу наиболее эффективны при отсутствии или при наличии у больного умеренно выраженного мышечно-тонического синдрома. При выраженном его наличии целесообразно предварительно добиться его устранения или проводить перед манипуляцией премедикацию миорелаксантами (мидо-калм, баклофен).

Расширяющиеся брюшки околопозвонковых мышц могут сместить позвонок лишь до его нормального положения в связи с чем избыточное растяжение связок позвоночных двигательных сегментов становится невозможным и травматичность исключается.

Терапевтическая эффективность заявляемого способа коррекции взаимостояния позвонков отображена на рисунке I а, б. На рисунке I а изображено взаимостояние позвонков поясничного отдела позвоночника до проведения манипуляции и на рисунке I б их взаимостоя-

ние сразу после проведения манипуляции.

Преимуществом заявляемого способа коррекции взаимостоящих позвонков является высокая его эффективность и отсутствие возможности чрезмерного растяжения связочного аппарата смещенных позвонков, т.е. отсутствие травматичности.

Источники информации:

1. Попелянский Я.Ю. Болезни периферической нервной системы. - Москва: Медицина, 1989. - 463 с.

2* Гойденко В. С., Ситель А. И., Галанов В. П., Руденко И. В. Мануальная терапия неврологических проявлений остеохондроза позвоночника. - Москва: Медицина, 1988. - 240 с.

Авторы:

К. М. Н.

"" Вислый Анатолий Леонидович

Вислый Анатолий Анатолиевич

Вислый Алексей Анатолиевич

Формула изобретения

Способ коррекции взаимоотношения позвонков, осуществляемый путем надавливания на костные структуры позвонков, отличающийся тем, что, с целью уменьшения травматичности мануальной терапии, данное надавливание осуществляется брюшками паравертебрально расположенных мышц.