

*Припутень А. С. (Україна)*

## **ВІДНОВЛЕННЯ ПАЦІЄНТІВ З БОЛЯМИ В ШИЙНОМУ ВІДДІЛУ ХРЕБТА МЕТОДОМ СТРУКТУРАЛЬНОЇ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ОСТЕОПАТІЇ**

Реабілітація неврологічного прояву шийного остеохондрозу включає використання масажу, застосування мануальних впливів, проведення витягнення хребта, лікувальної гімнастики, витягнення хребта хворого в колінно-ліктьовому положенні за допомогою тракційного апарата здійснюють у каудальному напрямі. Але недоліком цього способу є тривалий час виконання процедури (60 хв), як мінімум 12 сеансів застосування, дискомфорт при виконанні процедури для пацієнта, можливе терапевтичне загострення стану пацієнта (больові відчуття, можливі запаморочення та порушення рівноваги під час ходьби).

Нами поставлене завдання покращити ефективність процесу відновлення здоров'я за рахунок застосування механічного природного впливу рук терапевта на хребтові сегменти та тіло пацієнта.

Наша методика включає витягнення хребта хворого, яке ми здійснюємо шляхом натискання та підбору локалізації впливу під певними кутами у місцях знаходження внутрішніх зв'язок та на проекцію органів, які знаходяться під місцем натискання, в грудній порожнині тіла, після чого, дотиком рук, визначаємо рівень напруги тканин, зміщення грудної клітини, напруження груди-черевної діафрагми, натяг фасцій та баланс нервової системи, положення груди-черевної діафрагми, фіксацію або зміщення внутрішніх органів, та проводимо корекцію їх положення шляхом прикладання механічного впливу рук на грудину, груди-черевну діафрагму, ребра, внутрішні зв'язки, органи у напрямку і з амплітудою коливання природного руху відповідного внутрішнього органу, причому руки з найменшим напруженням рухаються за фасцією в бік найменшого супротиву тканин.

Вихідне положення пацієнта - лежачи на спині, в розслабленому стані. Спочатку проводиться діагностика пальпаторними руками руками різних частин шийної частини та грудної порожнини для визначення рівня напруги тканин, зміщення органів, натягу фасцій, опущення чи зміщення внутрішніх органів. У разі необхідності досліджуються рентгенограма, КТ.

Більш детально методика реабілітації наступна:

1) Реабілітація починається з вивільнення хребців С<sub>0</sub>-С<sub>1</sub>. Середні пальці встановлюємо на бічних поверхнях Атланта. Безіменний на задньому горбку атланта. Мізинці на потиличній кістці якомога ближче

до великого потиличного отвору. Це внутрішньо кісткова техніка V-spread: від безіменного пальця йдуть промені на бічні маси Атланта. Визначаємо сторону напруги. Для цього робимо ротацію Атланта за бічні поверхні і визначаємо більш жорсткий напрямок. На задньому горбку Атланта робимо рух вліво і вправо, визначаємо жорсткість. Потилична кістка при цьому буде рухатися в бік напруги. Для виконання прийому робимо ротацію і зрушення на Атланті в сторону жорсткості. Потиличну кістку мізинцями розгортаємо в правильному напрямку.

2) звільняємо яремні отвори: V-spread - 2-м і 4-м пальцем однієї руки захоплюємо виростки потиличної кістки. Вказівним пальцем іншої руки йдемо по мето пічному шву і шукаємо рапорт. Цим прийомом ми одночасно звільняємо обидва яремних отвори.

3) звільнення шило під'язичного м'яза і під'язикового нерву: тестуємо напругу сухожилля цього м'яза: натискаємо на зону 5-10 в проекції шиловидного відростка - між соскоподібним відростком і кутом нижньої щелепи. У разі напруги це буде болючим. Потім укладаємо пацієнта на живіт. Голова повернена проблемної стороною вниз. Спеціаліст сидить у голови пацієнта. Однією рукою він зісковзує з соскоподібного відростка на бічні поверхні атланта, а другою йде на внутрішню поверхню нижньої щелепи в області її кута. Створюється напруження і очікування ознак звільнення. Після виконання маніпуляції тестування показує зменшення хворобливості або повна її відсутність.

4) Звільнення констріктору глотки. Однією рукою захоплюємо С4-С7, а іншою кладемо на гортань. Зміщуємо гортань вліво і вправо – шукаємо найбільшу легкість та відчуваємо відгук на одному або декількох хребцях. Йдемо в напрямку найменшого супротиву. Після цього просто беремо гортань (щитовидний хрящ) і відтягуємо її вгору – працюємо з фіброзом.

5) Якщо буде опускання аорти, то піде натяг поворотного горлового нерва (гілка блукаючого нерва) – ознака спазму констріктору. Зовнішньою ознакою опускання аорти є загин досередини рукоятки грудини. Додатковим тестом на опускання аорти є натискання на праву і ліву ключиці у положенні пацієнта на спині. Аорта може бути опущена через фіксацію до лівої легені, голівці підшлункової залози у дугласовому просторі.

6) Звільнюємо верхню частину стравоходу від легень у положенні пацієнта лежачи на спині. Реабілітолог одну долоню підкладає з боку спини на верхівки легких і робить розвідний рух між кінчиками пальців і підставою долоні, таким чином розводить верхівки легких в сторони від стравоходу. Іншу руку встановлює в епігастрії

(шлунка). Обертаємо шлунок вліво і вправо. Якщо є фіксація стравоходу на легких, то ми відчуємо рапорт між руками при обертанні шлунка. Фіксуємо натяг, трохи відпускаємо і чекаємо звільнення, потім нижню частину – у положенні на животі. В області нижніх грудних хребців можливий провал остистих відростків в зоні фіксації стравоходу легкими. Однією рукою штовхаємо ці відростки краніальна. Іншу руку спрямовуємо паравертебрально і шукаємо зону фіксації, спочатку з одного боку, потім з іншого, після чого одночасно натискуємо на обидві легені, виконуємо поштовх краніальна, створюємо рапорт між руками і чекаємо звільнення.

7) Звільняємо вертеброперикардіальні зв'язки. Пацієнт лежить на спині, реабілітолог праворуч від нього. Ліву руку фіксуємо на С<sub>5</sub>, а правою на перикарді. Зміщуючи праву руку знаходимо вектор натягу з С<sub>5</sub>. Потім з цього вектору наближаємо перикард до С<sub>5</sub> до відчуття, що ми вперлися в «скрутку» (скорочуємо і так скорочену зв'язку). Далі фактично проводиться техніка V-spread.

8) Виконуємо розслаблення грудобрюшної діафрагми: однією рукою захоплюємо правий купол діафрагми, а іншою – лівий. Зміщуємо діафрагму в 3-х площинах і пересуваємось в напрямку найменшого супротиву: ліворуч-праворуч, оберти, донизу-доверху.

9) Проводимо корекцію структурної дисфункції (умова - жорсткий хребет – коли є фіксації, або не повна фіксація - підвивих) – працюємо з жорсткими хребцями чи потилично-шийним, шийно-грудним та грудним сегментами.

Наприкінці кожного прийому проводиться діагностика та огляд, що дозволяє порівняти стан пацієнта до сеансу і після. Спосіб відновлення та оздоровлення пацієнта методом верхнього поверху вісцеральної остеопатії допомагає повернути в норму головні показники ритму внутрішніх органів, артерій, нервів такі як фаза і амплітуда, частота і геометрія руху.

Терапія з пацієнтом здійснюється протягом 2-5 сеансів тривалістю 15-20 хвилини, після чого раз у місяць або у три місяці проводять контрольний огляд. Таким чином, усуваючи дисфункцію якого-небудь внутрішнього органу та відновлюючи іннервацію за допомогою вісцеральної остеопатії, можливо одночасно усувати больові симптоми у шийному, грудному, поперековому відділах хребта, м'язах, суглобах і інших тканинах. Це потужний механізм відновлення функцій людського організму.