

ЧЕСТНО О ЗДОРОВЬЕ



Анатолий Ситель

ТОЧКА БОЛИ

ИЗБАВЛЯЕМСЯ ОТ ВСЕХ БОЛЕЗНЕЙ



Метод Анатолия Сителя — специальный нейромышечный массаж пусковых точек боли на теле. С помощью этого уникального массажа порой в считанные секунды удастся ликвидировать головную и зубную боль, боль в позвоночнике и суставах, а также справиться с хронической болью.

Анатолий Болеславович Ситель

Точка боли. Избавляемся от всех болезней

Серия «Честно о здоровье»

Текст предоставлен правообладателем

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

*А. Б. Ситель. Точка боли. Избавляемся от всех болезней: ООО
«Издательство АСТ»; Москва; 2020
ISBN 978-5-17-122451-6*

Аннотация

Ударившись, мы начинаем непроизвольно потирать ушибленное место. И порой делаем это совершенно напрасно! Ведь для того чтобы справиться с болью, тереть подчас следует не там, где болит, а совсем в другой области тела. Существуют пусковые точки боли, или, как их еще называют, триггерные точки на нашем теле, прицельное воздействие на которые позволяет снимать боль в том или ином отделе позвоночника, в области головы, в конечностях и даже во внутренних органах. Особенность этих точек состоит в том, что они способны поддерживать болевые ощущения не там, где расположены, а в другом участке тела согласно пути распространения нервных сигналов. Например, головные боли бывают связаны с триггерными точками в мышцах шеи, боль в руке – с точками

на спине. С помощью специального воздействия на триггерные точки удастся ликвидировать боль.

В формате PDF A4 сохранен издательский макет.

Содержание

Точечное воздействие на мышцы	6
Почему болит спина	7
Как можно получить травму, не выходя из-за письменного стола	10
Сомнения медиков в целесообразности удаления грыж диска	19
Самовосстановление межпозвонкового диска	21
Миотерапия	22
Как разомкнуть патологический круг циркуляции боли	22
Лечение по методу «напрягись – расслабься» Лоуренса Джонса	28
Алгоритм последовательного воздействия на точки	29
«Согни и держи!» Лечение положением по методу Андерсона	30
Конец ознакомительного фрагмента.	31

Анатолий Ситель

Точка боли. Избавляемся от всех болезней

© Ситель А. Б.

© Оформление. ООО «Издательство АСТ», 2020

*** * ***

Точечное воздействие на мышцы

От боли в спине человечество страдает с тех самых пор, когда наш далекий предок встал на задние конечности и оторвал руки от земли, тем самым обеспечив себе возможность что-то делать руками. Вполне понятно, что на протяжении всего этого времени формировались разные взгляды на природу возникновения болей в спине.

Почему болит спина

Как говорится в старинной итальянской пословице, для того, чтобы понять причину движения секундной стрелки, необходимо заглянуть внутрь часов.

Под термином «боль» в медицине подразумевается не какой-нибудь единый синдром, а совокупность различных неприятных ощущений у человека. Хорошо локализуемая, стреляющая, колющая боль (I тип боли) ощущается в результате проведения нервного импульса по быстропроводящим нервным волокнам, покрытым белковой оболочкой (миелином). Скорость проведения болевых импульсов – до 100 м/с. Плохо локализованная, тупая, тянущая, мозжащая боль (II тип боли) ощущается в результате проведения нервного импульса по медленнопроводящим первым волокнам, которые не покрыты белковой оболочкой (миелином). Скорость проведения болевого импульса в данном случае – до 10 м/с.

Позвонки, выстроенные в вертикальную колонну, – это основная опора тела. Кроме того, позвоночник осуществляет подвижные соединения между конечностями и головой и является местом прикрепления множества мышц и местом фиксации сухожильных оболочек внутренних органов. При этом позвоночник всегда сочетает в себе два свойства: прочность и подвижность.

Анатомическая единица позвоночника — позвонок, а функциональная единица — позвоночный двигательный сегмент, состоящий из двух смежных позвонков и межпозвонкового диска между ними. Вогнутые поверхности тел позвонков, обращенные друг к другу, образуют полость, заполненную межпозвонковым диском. Диск состоит из шарообразного пульпозного ядра и окружающего его фиброзного кольца. Вертикальная нагрузка равномерно распределяется на горизонтально расположенное фиброзное кольцо. А через него и на кости и связки.

Подвижность в суставах позвоночника механически ограничивается высотой диска и связками, соединяющими позвонки.

Эта система безотказно работает и при сохранности упругих свойств диска, если скорость, направление и объем движений в межпозвонковом суставе находятся в пределах физиологически допустимых границ.

Диск обладает высокой гидрофильностью (всасывает воду), и, несмотря на то что собственных сосудов в нем нет, обмен веществ в его тканях эффективен. Днем, пока человек большее время находится в вертикальном положении, происходит выдавливание жидкости в околодисковое пространство и фильтрация ее в лимфу и венозную кровь.

Ночью, во время сна, в горизонтальном положении диск, лишенный вертикальной нагрузки, получает необходимое количество жидкости и питательных веществ и выполняет

функцию раздвигания позвонков. Отдаляя позвонки друг от друга, здоровый межпозвонковый диск приводит к исчезновению накопившихся в течение дня функциональных ограничений подвижности (функциональных блокад) в суставах позвоночника. К сожалению, такое положение вещей имеет место только в раннем детстве.

Как можно получить травму, не выходя из-за письменного стола

Какие же факторы могут разрушить эту совершенную двигательную машину?

Во-первых – это внешнее воздействие такой силы, что амплитуда и скорость движения в суставе позвоночника выходят за рамки дозволенного, т. е. травма.

Во-вторых – это процессы, которые приводят к изменению свойств межпозвонковых дисков. Длительное вынужденное положение во время работы тоже может считаться травмой, только хронической, растянутой во времени. Систематическое напряжение, перегрузка одних и тех же позвоночно-двигательных сегментов приводит к тому, что функциональные ограничения подвижности становятся более стойкими и природного механизма их исчезновения становится недостаточно.

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

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

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

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

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

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

В-третьих – это естественный процесс старения человеческого организма – остеохондроз.

Как правило, в жизни наблюдается совместное воздействие всех перечисленных патологических факторов. Это, в свою очередь, приводит к неполному восстановлению межпозвонкового диска во время отдыха (сна). Диск, не получивший достаточного количества жидкости, деградирует быстрее. Патологический круг замыкается.

Рассмотрим позвонково-двигательный сегмент. Обращает на себя внимание студенистое ядро, находящееся в центре спиралевидно закрученных сухожильных волокон межпозвонкового диска, на котором происходят все движения смежных позвонков. Основное давление принимает на себя

непосредственно ядро. Направление силы – по радиусу ядра. Сухожильное кольцо только удерживает содержимое ядра. В результате перечисленных выше патологических факторов естественного старения организма происходят следующие дистрофические изменения в позвоночнике. Пульпозное ядро теряет гидрофильность – способность удерживать жидкость. Высота межпозвонкового диска снижается. Давление позвонков направлено не только на ядро, но и на сухожильное кольцо. При сохраняющемся объеме межпозвонкового диска увеличивается его площадь, и кольцо выступает за пределы оснований позвонков. Межпозвонковые суставы при этом не дают задним краям позвонков сблизиться, создавая условия к выдавливанию содержимого межпозвонкового диска сзади (в шейном и поясничном отделах). В грудном отделе благодаря наличию ребер, прикрепляющихся к суставным поверхностям смежных позвонков, резкого сужения межпозвонковой щели не происходит.

Проявления болезней позвоночника с развернутыми болевыми синдромами чаще всего наблюдаются в наиболее активном трудоспособном возрасте от 30 до 50 лет. Как правило, это связано с сопутствующими предрасполагающими факторами, к которым относятся травмы, сужения просветов позвоночного канала, врожденные аномалии развития позвоночника, изменения физиологических изгибов (в современной популяции физиологические изгибы сглажены до 90–96 %, в 6–10 позвонках – увеличены), искривления по-

звоночника (сколиозы I–II степени), психическая неустойчивость, низкий болевой порог, аллергические реакции.

Интересный факт: III–IV степень искривлений позвоночника (сколиозы) более приспособлены к внешним физическим нагрузкам на позвоночник, так как приобретает более устойчивая к осевым нагрузкам спиралевидная форма, универсальная в Галактике, только не в передне-задних, как у большинства людей в человеческой популяции, а в боковых направлениях!

Заболевания начинаются в юношеском возрасте, а в некоторых случаях и в детском возрасте. Вначале ядро межпозвонкового диска теряет свою гидрофильность и амортизационные свойства. Нагрузка начинает распределяться вдоль радиуса ядра и на само сухожильное кольцо.

В результате раздавливания сухожильных волокон при снижении высоты межпозвонкового диска натяжения, возникающие в местах прикрепления передней и задней продольных связок и сухожильного кольца межпозвонкового диска, ведут к утолщению. Возникает болевой синдром местного характера или с отдачей в руку или ногу. В связи с повышением давления не только на ядро, но и на всю суставную поверхность позвонка замыкательные пластинки тел позвонков уплотняются, постепенно полностью перекрывая процессы обмена жидкости между межпозвонковым диском и телом позвонка. Это, в свою очередь, ведет к лавинообразному процессу старения межпозвонкового диска

человека. Повышенное давление в теле позвонка и в самом диске также вызывает болевой синдром местного характера.

Основная функция суставов позвоночника – ограничение движений в позвонковом двигательном сегменте и защита спинномозгового канала от внешних неблагоприятных воздействий. В процессе возрастных изменений межпозвонкового диска и снижения его высоты возрастает давление на межпозвонковые суставы, что ведет к их дистрофии (артрозу), а иногда и к воспалению (артриту). Это еще один источник боли местного характера.

С увеличением нагрузки на дугоотростчатые суставы возникает их соскальзывание в вертикальном направлении на доли миллиметра, что может привести к раздражению или даже ущемлению рукава твердой мозговой оболочки спинномозгового нерва. Появляются условия для возникновения болевого синдрома с иррадиацией по сухожильным волокнам или спинномозговому нерву.

Неврологи называли болезни с болевыми ощущениями в позвоночнике у больного, используя общий для них суффикс – ит, указывающий на воспалительный характер заболевания (радикулит, неврит и др.). Вертебрологи (специалисты, занимающиеся позвоночником) во главе угла ставят механическую причину – сдавление спинномозгового нерва межпозвонковыми грыжами (пролапсы, протрузии). Но истина, как обычно, где-то рядом.

По нашим данным, межпозвонковая грыжа практически никогда непосредственно не сдавливает спинномозговой нерв. Сдавление спинномозгового нерва происходит окружающей его клетчаткой и другими тканями позадидискового пространства.

При сохранении артериального притока крови развиваются нарушения ее венозного оттока и возникает отек и безмикробное (асептическое) воспаление мягких тканей с деформацией или сужением межпозвонковых отверстий.

В результате длительной нагрузки на сухожильное (фиброзное) кольцо волокна его расслаиваются, затем разрываются. Частицы студенистой массы проникают между волокнами сухожильного кольца и образуют межпозвонковые грыжи.

Задняя продольная связка, охватывающая сзади весь позвоночник и вплетающаяся в волокна сухожильного кольца, «работает» на вертикальное растяжение. При выступании межпозвонкового диска за края позвонков (межпозвонковая грыжа) происходит натяжение задней продольной связки, которая нашпигована большим количеством нервных окончаний. При натяжении задней продольной связки межпозвонковой грыжей у человека возникают резкие болевые ощущения, часто с иррадиацией в руку или ногу.

Конгломерат, состоящий из ткани и безмикробно (асептически) воспаленных тканей спинномозгового канала вы-

зывает боль с иррадиацией по спинномозговому нерву вышележащего уровня. При определенных условиях могут возникать стреляющие боли нестерпимого характера, усиливающиеся при любом движении туловища, незаметно уменьшающиеся на 30–40 минут от приема медикаментозных средств, но через определенное время вновь возобновляющиеся и продолжающиеся сутками и неделями.

Сомнения медиков в целесообразности удаления грыж диска

Таким образом, механизм возникновения болевых синдромов при патологии позвоночника имеет множество причин. Поэтому возникают большие сомнения в целесообразности их оперативного лечения, в частности удаления грыж межпозвонкового диска.

Причиной возникновения болей в спине практически на любом уровне является дистрофически меняющийся с возрастом межпозвонковый диск.

Изменения в межпозвонковом диске, а именно снижение его гидрофильности (наполнения жидкостью), запускает механизмы, приводящие к возникновению боли.

Возрастающее давление на замыкательные пластинки тел позвонков, суставные поверхности с их последующим уплотнением и полным перекрытием путей обмена питательными жидкостями между позвонками и межпозвонковым диском. Как результат – усиление процессов старения в межпозвонковом диске: рост внутрикостного давления в теле позвонка; рост внутридискового давления в межпозвонковом диске.

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

Разрыв сухожильных волокон межпозвонкового диска.

Деформация или сужение межпозвонковых отверстий в результате возникновения отека и безмикробного (асептического) воспаления мягких тканей с нарушением венозного оттока, с последующим раздражением рукава твердой мозговой оболочки спинномозгового нерва окружающей его клетчаткой и другими тканями позадидискового пространства.

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

Самовосстановление межпозвонкового диска

Научными исследованиями, проведенными в последние годы, доказано, что в течение 3–6 лет межпозвонковый диск восстанавливается на 80–90 %. Вначале в тканях содержимого межпозвонковой грыжи происходят изменения в виде образования рубцовой ткани, которая заменяется хрупким хрящевым содержимым, а хрящ вытесняется соединительной тканью, постепенно приобретающей спиралевидную форму сухожильных волокон межпозвонкового диска. Человек полностью выздоравливает. Природа это предусмотрела.

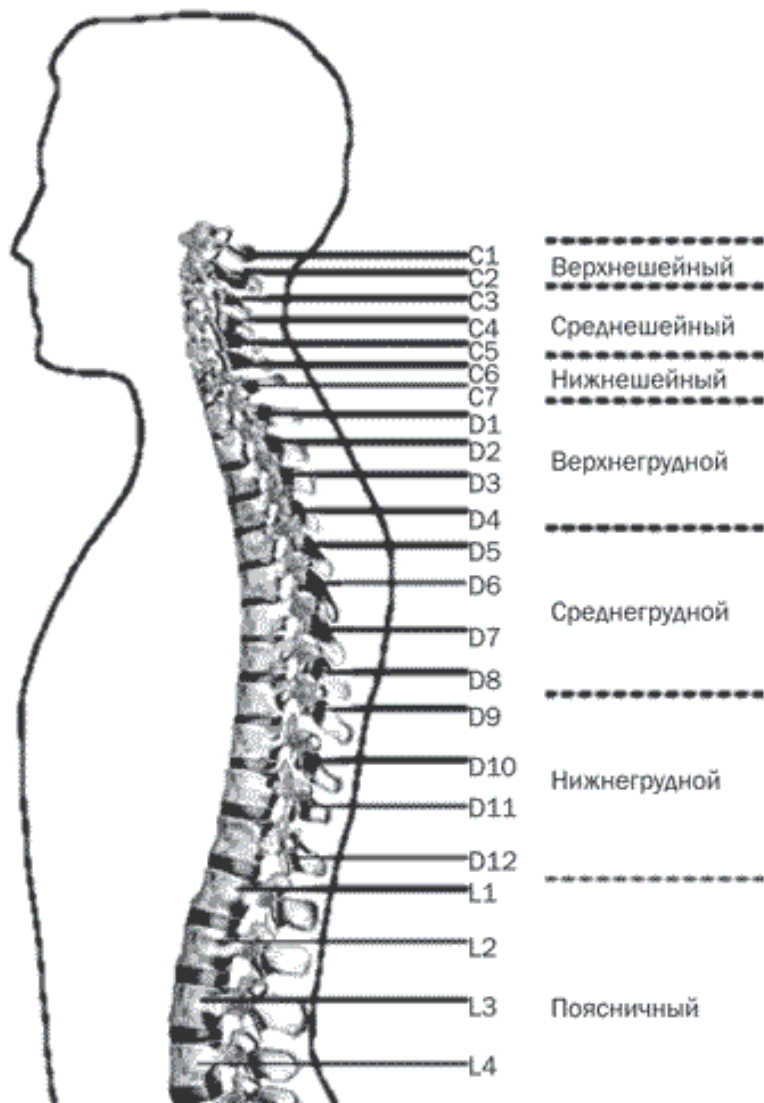
Но боль, особенно стреляющего характера, иногда усиливающуюся при определенных положениях туловища, – боль, которую больные описывают так: «как нерв положить на наковальню и бить по нему молотком», – такую боль выдержать невозможно, поэтому человек соглашается на оперативное вмешательство.

Существуют эффективные локальные методы лечения боли, исключаящие операцию. Их мы представляем в следующем разделе.

Миотерапия

Как разомкнуть патологический круг циркуляции боли

Болезни мышечной сферы врачи разных медицинских специальностей называют миалгией, миозитом, мышечным ревматизмом, миофасцитом, миофасцикулитом, миопериартритом, миофасциальными болями, нейромиозитом и др. А способы лечения заболеваний мышечной сферы называют миотерапией.



Отделы позвоночника

В основе миотерапии лежит то, что каждому сегменту позвоночника и спинномозгового нерва соответствует определенный участок кожи – дерматом, мышц – миотом, сухожильных мембран, хряща, связок и соединительнотканной капсулы сустава – склеротом. Вследствие переключения нервных импульсов в боковые отделы спинного мозга, воздействуя на кожу, мышцы и сухожилия, можно влиять на функциональное состояние внутренних органов. И, наоборот, при заболеваниях внутренних органов может происходить поражение соответствующего участка кожи, мышц или сухожилий.

Предлагаем вашему вниманию результаты исследования, подтверждающие связь различных заболеваний с патологией в разных отделах позвоночника.

Таблица 2. Связь патологии позвоночника и внутренних органов

Двига- тельный сегмент	Заболевание и симптомы
C1	Неврастения, истерия, бессонница, нарушение мозгового кровообращения
C1–C2	Головные боли, головокружения, кривошея
C2–C3	ЛОР-заболевания (ушей, носа), глазные болезни, напряжение мышц затылка
C3–C4	Снижение зрения, ЛОР-заболевания, зубные боли, спазматические боли в $1/2$ брюшной полости
C4–C5	Заболевания горла, гортани, приступы бронхиальной астмы

Двига- тельный сегмент	Заболевание и симптомы
C5–C6	Приступы бронхиальной астмы, заболевания щитовидной железы, боли в плече, предплечье
C6–C7	Сердечно-сосудистые заболевания, стенокардия, бронхиальная астма, спазматические боли в желудке
C7–D1	Сердечно-сосудистые заболевания, боли по передней поверхности грудной клетки
D1–D2	Сердечно-сосудистые заболевания, стенокардия, атеросклероз, гипокалактия
D2-D3	Бронхиальная астма, заболевания легких, сердечно-сосудистые заболевания
D3–D4	Болезни печени, сахарный диабет, кислотность желудка
D4–D5	Заболевания желудка, 12-перстной кишки, поджелудочной железы
D5-D6	Заболевания желудка, 12-перстной кишки, почек, желудочно-кишечная диспепсия
D6–D7	Заболевания желудка, 12-перстной кишки, язвенная болезнь этих органов
D7–D8	Болезни печени, сахарный диабет
D8–D9	Желчно-каменная болезнь
D9–D10– D11–D12	Заболевания почек, сахарный диабет, ревматизм, бели (гинекол.)
D12-L1– L2–L3	Нервное напряжение, дерматиты любые и любой локализации, нарушение функций половых органов, бесплодие, аменорея, заболевания почек, уретры, мочевого пузыря
L3–L4	Колиты, запоры, геморрой

Миотерапия области поражения подразумевает воздействие в зоне измененной реакции тканей, где имеются рана, рубец или хроническое воспаление. В первую очередь патологическая восходящая импульсация от этих тканей влияет на те мышцы, которые окружают сустав, вызывая в них спазм, растяжение связок и суставной капсулы. Поэтому при наличии болевых ощущений желательно воздействовать на кожу и подлежащие мягкие ткани легким поглаживанием и потиранием.

Далее уже и от сустава, и от его суставных частей: связок, хряща, сухожильных мембран и капсулы – идет поток патологической восходящей импульсации к мышцам, спинному мозгу, внутренним органам. Патологическая цепочка замыкается, и у здорового человека боль циркулирует по кругу, постепенно превращая его в больного. Патологическую цепочку необходимо разорвать.

Нейромышечные методы «помоги себе сам» основаны на нейрофизиологических механизмах сокращения мышцы с использованием моно- и полисегментарных спинальных (т. е. спинномозговых) рефлексов, разрывающих образовавшуюся патологическую цепочку циркуляции болевых импульсов.

Лечение по методу «напрягись – расслабься» Лоуренса Джонса

Основой подобного лечебного подхода стал метод «стрейн-контрстрейн», или «напрягись – расслабься». Лоуренс Х. Джонс еще в 1964 г. сформулировал основные положения метода:

- определение локализации чувствительных к боли точек;
- придание туловищу или конечностям комфортного положения, при котором область боли будет наименее болезненна (по крайней мере, на 50–75 %);
- удержание такого положения от 20 до 90 с, 2 мин;
- медленный пассивный возврат в нейтральное положение.

Л. Джонс составил карту, включающую более 200 точек по всему телу. Именно чувствительные к боли точки являются объектом миотерапии. Точки находятся под кожей, в мышцах и очень чувствительны к ощупыванию. Каждая чувствительная точка отвечает за специфическую суставную дисфункцию и почти всегда за ту позицию, которая уменьшает боль. По Джонсу при наличии нескольких чувствительных болевых точек начинать лечение необходимо с наиболее болезненной.

Алгоритм последовательного воздействия на точки

Позднее эмпирически была определена последовательность лечения чувствительных болевых точек:

- при болевых чувствительных точках на конечностях вначале необходимо лечить те, которые находятся на краю конечностей, а затем те, которые ближе к туловищу;
- вначале лечить самые чувствительные болевые точки, если они не вызывают выраженное непроходящее усиление болевых ощущений;
- области с наибольшей плотностью чувствительных болевых точек нужно лечить первыми;
- если чувствительные точки расположены в ряд (например, над поперечными или остистыми отростками позвонков), то лечатся вначале те, которые находятся в середине.

«Согни и держи!» Лечение положением по методу Андерсона

Метод Л. Джонса подвергся модификации и получил развитие в методе Андерсона (D. Anderson) fold and hold (1994) – в переводе «согни и держи»:

- нахождение чувствительной болевой точки;
- попытка расположить туловище, плечевой или тазовый пояс, конечности так, чтобы боль уменьшилась на 50–70 % (при этом сокращенная болезненная мышца расслабляется);
- удержание лечебной позы минимум от 20 с до 1,5–2 мин;

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

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

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