

Содержание:

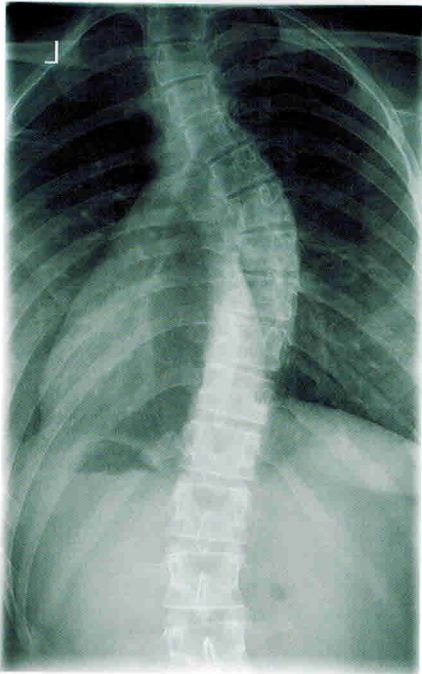
О чем и для кого эта книга.....	6
Об авторе методики OKS	7
1. Необходимая теоретическая база	8
Трехмерные деформации позвоночника. 3D-модель сколиоза.....	8
Диагноз: нарушение осанки. Сагиттальная плоскость	9
Гиперкифоз. Болезнь Шейермана-Мау	10
Частота встречаемости. Причина идиопатического сколиоза	11
Классификации сколиоза.....	12
Диагностика	30
2. Уникальная практика.....	44
Программа Осознанной Коррекции Сколиоза — OKS	44
Индивидуальный подбор упражнений.	45
Обучение локальному дыханию.....	45
Наиболее типичные виды деформаций	45
Упражнения при комбинированном S-образном сколиозе	47
Упражнения при левостороннем поясничном сколиозе	76
Упражнения при правостороннем грудном сколиозе	91
3. Важные дополнения	102
Варианты интенсивности ЛФК.....	102
Кинезиотейпирование при сколиозе	102
Корсет Шено.....	105
Задачи лечения у детей и взрослых.....	108
Ежедневные простые правила профилактики и коррекции.....	109
Что нельзя делать при сколиозе	110
Результаты лечения трехмерных деформаций позвоночника по методикам К. Шрот и OKS	112
Тесты для самопроверки	117
Обучение для специалистов и консультации для пациентов	127
Анонс.....	129
Список сокращений	130
Описание инвентаря	131
Список литературы	132

Классификация по локализации дуги искривления

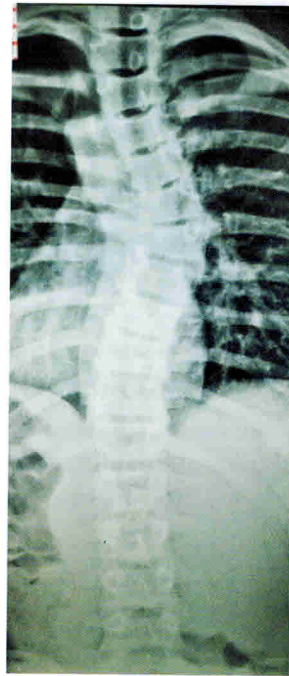
Здесь принято выделять **5 основных типов**.

Мы приведем более расширенную классификацию.

1. Грудной сколиоз с максимально отклоненными Th₇-Th₉ позвонками; в большинстве случаев — правосторонний с одной дугой искривления.



а



б

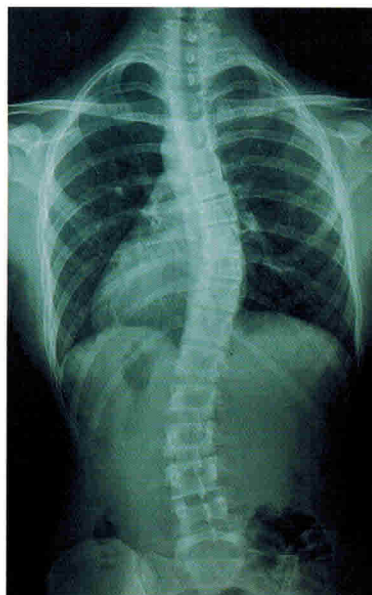


в

Рис. 7 Рентгенограмма позвоночника, прямая проекция.
Правосторонний сколиоз грудного отдела позвоночника

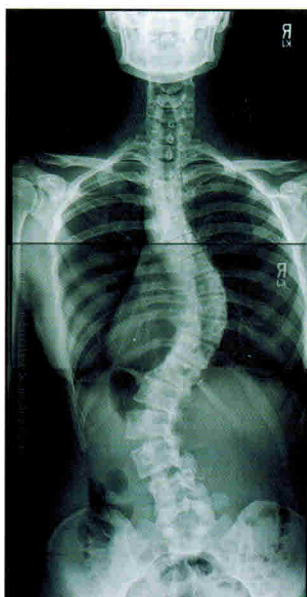


2. S-образный комбинированный сколиоз с 2-мя дугами, грудная дуга имеет максимальное отклонение Th_7-Th_9 , поясничная дуга с вершиной отклонения L_1-L_3 .



а

б



в

Рис. 8 Рентгенограмма позвоночника, прямая проекция. S-образный комбинированный сколиоз

S-образный комбинированный сколиоз с 2-мя дугами искривления можно подразделить на 3 вида:

а) дуги примерно одинаковые (в пределах $5-7^{\circ}$)



Рис. 9

б) грудная дуга значительно больше, чем поясничная



Рис. 10

в) поясничная дуга значительно больше, чем грудная



Рис. 11



Во всех случаях грудная дуга будет чаще правосторонней, а поясничная - левосторонней.

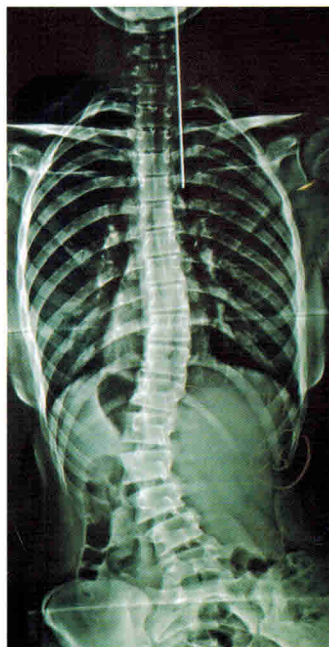
3. Поясничный сколиоз — вершина L_2-L_3



а



б



в

Рис. 12 Рентгенограмма позвоночника, прямая проекция.
Левосторонний сколиоз поясничного отдела позвоночника

Поясничный сколиоз можно подразделить на 2 вида:

- а) собственно поясничный сколиоз, в большинстве случаев левосторонний;
- б) в сочетании с грудным гиперкифозом.

4. Верхнегрудной сколиоз с вершиной Th_2-Th_4 (встречается довольно редко)

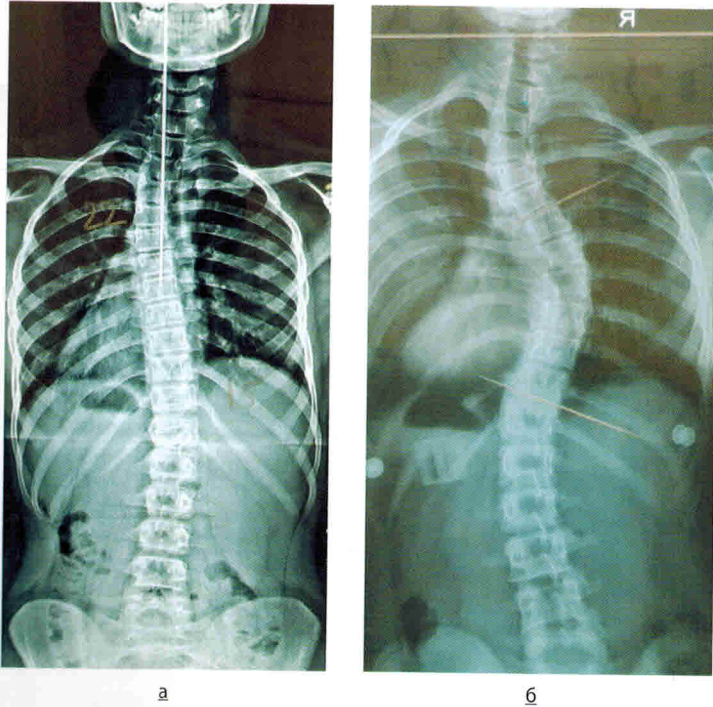


Рис. 13 Рентгенограмма позвоночника, прямая проекция.
Комбинированный сколиоз с верхнегрудной дугой искривления

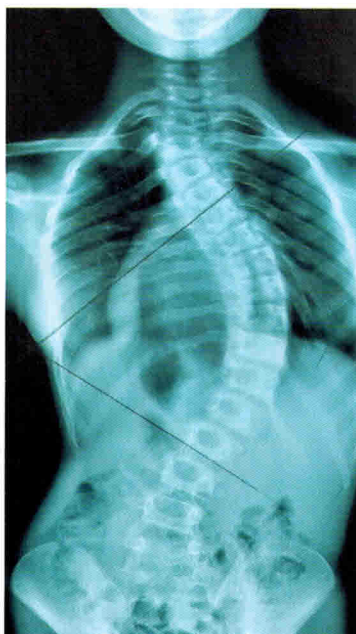
Варианты верхнегрудного сколиоза:

- а) собственно верхнегрудной сколиоз с одной дугой искривления;
- б) третья верхнегрудная дуга, чаще слева, при уже имеющихсх двух - грудной справа и поясничной слева;
- в) вторая верхнегрудная дуга при уже имеющейся грудной.

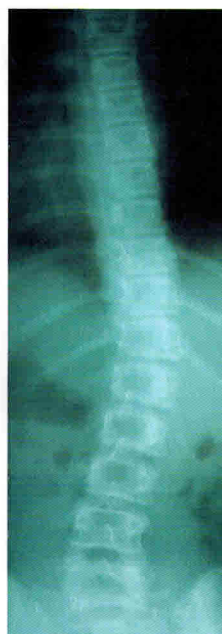
5. С-образный грудопоясничный сколиоз: одна протяженная дуга искривления, включающая в себя позвонки грудного и поясничного отдела позвоночника.



а



б



в

Рис. 14 Рентгенограмма позвоночника, прямая проекция.
С-образный грудопоясничный правосторонний сколиоз

II. Уникальная практика

Что же такое программа

«Осознанной Коррекции Сколиоза — OKS»?

Программа OKS объединила в себе ведущие на сегодняшний день методики реабилитации для пациентов с диагнозом «сколиоз»:

- *локальное, управляемое дыхание и индивидуальный подбор изометрических деротационных упражнений*, которые пациент в дальнейшем может выполнять самостоятельно, были взяты из немецкой методики К. Шрот;

- *элементы коррекционной Войта-терапии* позволяют наилучшим образом активировать глубокие мышцы спины и обучать пациента новому паттерну движения;

- *авторский комплекс упражнений «Баланс-Координация»* является необходимым дополнением в комплексной реабилитации;

- *значительное время уделяется разбору и коррекции ряда повседневных двигательных навыков*. Это на первый взгляд простые ежедневные действия, но при их правильном выполнении эффективность комплексного лечения значительно повышается;

- *в комплексе OKS каждое упражнение и движение подбирается для конкретного пациента* и выполняется им с полным пониманием, для чего оно необходимо, будь то деротационные упражнения, укрепляющие, или упражнения, направленные на стабилизацию. Именно за счет этого достигается максимально положительный результат.



Индивидуальный подбор упражнений

Наиболее типичные виды деформации

Итак, мы уже разобрались с тем, что при сколиозе чаще всего происходят изменения в позвоночнике, затрагивающие все 3 плоскости: боковое отклонение оси позвоночника от центра, ротация/скручивание позвонков и изменение физиологических изгибов.

Теперь рассмотрим основные виды сколиоза и начнем подбирать упражнения для наиболее типичных искривлений.

Нам понадобится рентгеновский снимок, сделанный в положении стоя в прямой проекции. Оптимальные границы исследования — от нижней челюсти до тазобедренных суставов. Минимальные требования к границам: Th₃-L₅.

Обучение локальному дыханию

Осознанное, локальное или управляемое дыхание в определенные зоны грудной клетки имеет огромное значение в процессе коррекции трехмерных деформаций позвоночника. И чем сильнее степень тяжести заболевания, тем более важным становится освоение техники локального дыхания.

На первый взгляд кажется довольно сложной и даже почти невыполнимой задача дышать в определенные участки легких. Но после нескольких дней тренировок это становится вполне реально.

Первое, что необходимо сделать, это полностью визуализировать процесс глубокого вдоха. Представьте, как воздух во время вдоха попадает сначала в нос, затем в гортань, далее в трахею и затем наполняет правое и левое легкое. Воздух попадает в передние и задние отделы легких, а также в верхние и нижние отделы. Сначала процесс вдоха визуализируется абсолютно симметрично, а затем, в зависимости от выбранной зоны, повторяется с акцентом в эту самую зону. Можно объяснить пациенту, что во время глубокого вдоха воздух в любом случае наполнит все отделы легких, но акцент необходимо сделать на конкретной области.

Следующим и главным шагом в освоении локального дыхания будет ответная реакция пациента на контакт и легкое надавливание рукой врача/инструктора/родителя на зону, в которую необходимо сделать вдох. Для реализации данной цели нужно объяснить пациенту, чтобы он постарался включить в работу максимально приближенные к зоне контакта мышцы. Хорошо помогает в освоении данного упражнения пример с мячом, когда мы показываем, как мяч «расправляется» при вдохе.

В процессе освоения локального дыхания сделайте 6–8 глубоких акцентированных вдохов, после каждого вдоха сделайте длинный, продолжительный выдох через плотно сжатые губы не менее 7 секунд.

Для более быстрого и наилучшего понимания локального дыхания пациентом, а также пролонгирования и закрепления результата возможно применение метода кинезиологического тейпирования (стр. 102).



Рис. 35 Обучение пациентов осознанному локальному дыханию, пример с мячом



Упражнения при комбинированном S-образном сколиозе

Самый часто встречающийся вариант сколиоза. S-образный, комбинированный сколиоз (2 дуги) правосторонний грудной и левосторонний поясничный.

Если на рентгеновском снимке (прямая проекция, стоя) видны две примерно одинаковые дуги, то с большой долей вероятности мы имеем дело с самым распространенным вариантом сколиоза, причем в 90% грудная дуга будет правосторонней, а поясничная - левосторонней.

Дыхательные зоны

При S-образном сколиозе существуют 3 дыхательные зоны, направленное дыхание в которые способствует коррекции. Далеко не у каждого пациента получится сразу дышать в 2 или 3 зоны, поэтому стоит начать с дыхания в одну основную.



Рис. 36 Комбинированный S-образный сколиоз 4-й степени (правосторонний грудной, левосторонний поясничный).

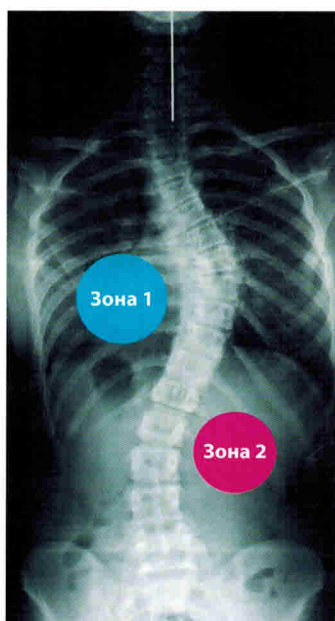


Рис. 37 Комбинированный S-образный сколиоз (грудная дуга больше, чем поясничная).

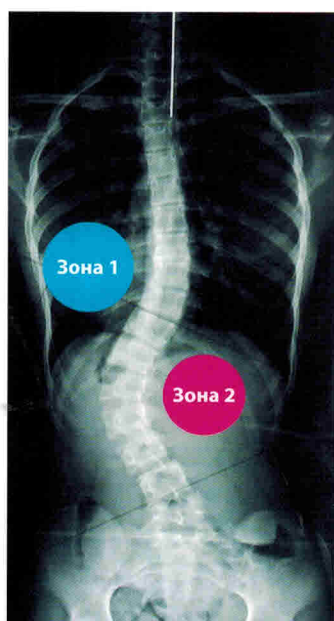


Рис. 38 Комбинированный S-образный сколиоз (поясничная дуга больше, чем грудная).

Если грудная и поясничная дуги искривления примерно одинаковые (рис. 36), или же грудная дуга больше поясничной (рис. 37), тогда основной дыхательной зоной будет **зона 1** — это **левая задняя** сторона грудной клетки, т.е. сторона, противоположная грудному искривлению.

Если поясничная дуга искривления много больше, чем грудная (рис. 38), то основной дыхательной зоной будет **зона 2** — **правая задняя** сторона грудной клетки, т.е. сторона, противоположная поясничному искривлению.

В процессе освоения упражнений возможно одновременное дыхание в зоны 1 и 2. Но об этом целесообразно говорить не раньше 2–3 недели занятий.

Третья дыхательная зона — **правая передняя верхняя** область грудной клетки. Она будет задействована лишь в одном упражнении.

Подготовительные упражнения на вытяжение

Упражнение «Вис на шведской стенке»

Первое подготовительное упражнение, с которого мы начинаем комплекс «OKS», это вис на шведской стенке.

Исходное положение:

- подойдите к шведской стенке вплотную,
- поставьте пальцы ног под нижнюю перекладину,
- вытяните руки вверх и положите ладони на планку, которая будет на одну ниже той, до которой вы можете дотянуться,
- удерживаясь руками, опуститесь вниз, коленями прижмитесь к нижним планкам,
- провисните и максимально расслабьтесь,
- руки расположены немного шире плеч, стопы и колени — на ширине таза.



Рис. 39



Важно сохранить поясничный лордоз в естественном физиологическом положении.

Висим 15–20 секунд, после чего встаем, перемещаем руки на планку ниже и повторяем упражнение. Далее снова встаем и перемещаем руки еще ниже и также повторяем вис 15–20 секунд. При необходимости возможен небольшой отдых.

Итого: выполняем 3 подхода. В каждом подходе 3 планки сверху вниз.

Уже в первом упражнении возможна коррекция асимметрии таза и поясничного отдела позвоночника.

Для коррекции таза во время виса опускаем вниз правую подвздошную кость/правую сторону таза/правую ягодицу (рис. 40) и осознанно удерживаем ее ниже левой во время выполнения упражнения.



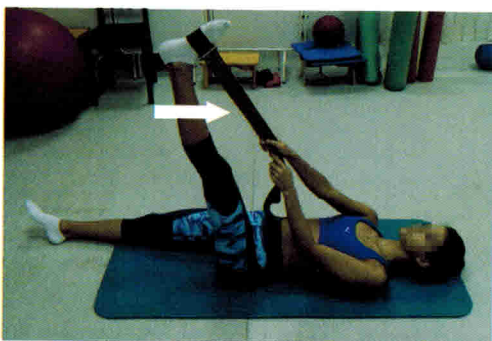
Рис. 40 Коррекция таза и поясничного отдела позвоночника

Упражнение «Растяжка задней поверхности бедра и подколенного сухожилия»

Для выполнения упражнения необходимы коврик и ремень (или резинка). Исходное положение лежа на спине. С помощью ремня/резинки тянем поочередно прямую ногу на себя. Делаем до болевых ощущений (!) 30–40 сек на каждую ногу, повторяем 2 раза.



а



б

Рис. 41

III. Важные дополнения

Варианты интенсивности ЛФК

1. Интенсивная реабилитация сколиоза.

Данная программа необходима в период интенсивного роста ребенка при угле деформации 20° и более.

Оптимальный курс физической реабилитации, включающий лечебную физкультуру по К. Шрот, OKS, коррекционную Войта-терапию, плавание, а также при необходимости корсетирование по Шено, в условиях стационара составляет 6 часов ежедневных занятий курсом 4 недели не менее 2 раз в год. Далее необходимо продолжить самостоятельные занятия дома не менее 2 часов 6 дней в неделю.

2. Реабилитация средней интенсивности возможна в период менее интенсивного роста с углом деформации до 20° . В данной ситуации возможны 1,5 часовые домашние занятия ЛФК не менее 4-х раз в неделю. Прохождение стационарного интенсива повысит эффективность лечения.

Кинезиотейпирование при сколиозе

Пришедший из спортивной медицины **метод кинезиотейпирования** набирает все большие обороты и занимает особое место в медицинской реабилитации. Он, безусловно, не является основным методом в комплексе Осознанной коррекции сколиоза (OKS), однако позволяет решить несколько важных задач.

1. В процессе обучения пациента осознанному локальному дыханию рекомендовано наклеить **кинезиотейп** на так называемую дыхательную зону/зоны для наилучшего понимания и осознания процесса направленного (локального) вдоха (рис. 76).

Это особенно важно на первых занятиях, когда в процессе освоения комплекса «OKS» пациенту бывает сложно усвоить большой объем информации.



а

Дыхательная зона №1, при правостороннем грудном сколиозе и S-образном комбинированном сколиозе с правосторонней грудной дугой.



б

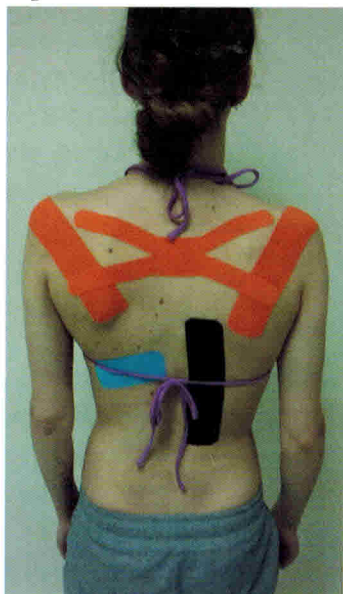


в

Дыхательные зоны №1 и №2, при S-образном комбинированном сколиозе с правосторонней грудной дугой и левосторонней поясничной

Рис. 76 Кинезиотейпирование при сколиозе

2. Закрепление результата лечебной физкультуры, стабилизация и пролонгация. После каждого занятия, когда пациенты выходят из зала ЛФК, они становятся на 1 шаг ближе к достижению цели — коррекции. Через некоторое время эффект от занятия начинает ослабевать. Использование кинезиотейпа позволяет закрепить и продлить эффект от проведенного занятия (рис. 77).



а



б



в



г

Рис. 77 Варианты коррекции сколиоза методом кинезиологического тейпирования



3. *Формирование нового правильного мышечного стереотипа.*

Напомним, что это является основной задачей в комплексной реабилитации сколиоза путем осознанной коррекции. Кинезиотейпирование помогает справиться с этой задачей, придав пациенту правильную осанку путем нанесения определенных аппликаций.

Корсет Шено (Chenau brace)

Корсет Шено появился в нашей стране относительно недавно, а его массовое использование на момент написания данной книги исчисляется 6–7 годами. Несмотря на это, он является незаменимым инструментом в комплексной реабилитации сколиоза.

Если угол сколиотической деформации равен 20° и более, принимается решение о назначении корсета Шено.

Задачи корсета Шено

- торможение и остановка прогрессии деформации позвоночника,
- трехмерная коррекция дуг или дуги деформации позвоночника,
- стабилизация и удержание достигнутой коррекции до окончания активного костного роста.



Рис. 78 Корсет Шено

Показания к назначению

- угол сколиотической деформации более 20° по Коббу,
- незаконченный костный рост,
- прогрессирующее течение заболевания.