

Йогатерапия S- образного сколиоза



Боруля Елена
Полоцк

г.
2015г.

*...Меня природа лживая согнула
и обделила красотой и ростом
В. Шекспир Король Ричард III*



Сколиоз (от греческого слова scolios – кривой, согнутый) – тяжелое прогрессирующее заболевание позвоночного столба, характеризующееся трехплоскостной деформацией во фронтальной, сагитальной и вертикальной плоскости, что приводит к образованию реберного горба, смещению органов грудной клетки и тяжелым функциональным нарушениям со стороны внутренних органов и систем организма.

Ярко выраженные деформации туловища при сколиозе IV степени



Развитие болезни в большинстве случаев начинается в детском либо подростковом возрасте.



У детей до 16 лет составляет от 1 до 12 %, у школьников достигает 15–30 и более процентов.

Чаще встречается у девочек (соотношение с мальчиками от 3–4 : 1 до 6–7 : 1)

Наиболее быстрое прогрессирование искривления в период активного роста - у девочек в возрасте 7–8 и 11–13 лет у мальчиков в 8–10 и 13–15 лет.

Прекращает прогрессировать по окончании роста позвоночника, исправлению во взрослом возрасте поддается незначительно.

клинико-рентгенологическая классификация сколиоза по степеням В.Д. Чаклина

ПЕРВАЯ

1) простая дуга искривления, позвоночный столб напоминает букву С; 2) угол отклонения не превышает 10° ; 3) торсионные изменения при осмотре выражены слабо и рентгенологически проявляются в виде асимметрии корней дужек, небольшого отклонения остистых отростков позвонков от средней линии; 4) проявления сколиоза отчетливее выражены в положении стоя, в горизонтальном положении они уменьшаются.

ВТОРАЯ



1) компенсаторная дуга искривления, позвоночник в форме буквы S; 2) угол отклонения основной дуги сколиоза 11–30°; 3) торсионные изменения выражены не только рентгенологически, но и при осмотре: выявляются реберное выпячивание, мышечный валик; 4) в горизонтальном положении и при небольшом вытяжении искривление сглаживается очень незначительно по сравнению с вертикальным.

ТРЕТЬЯ

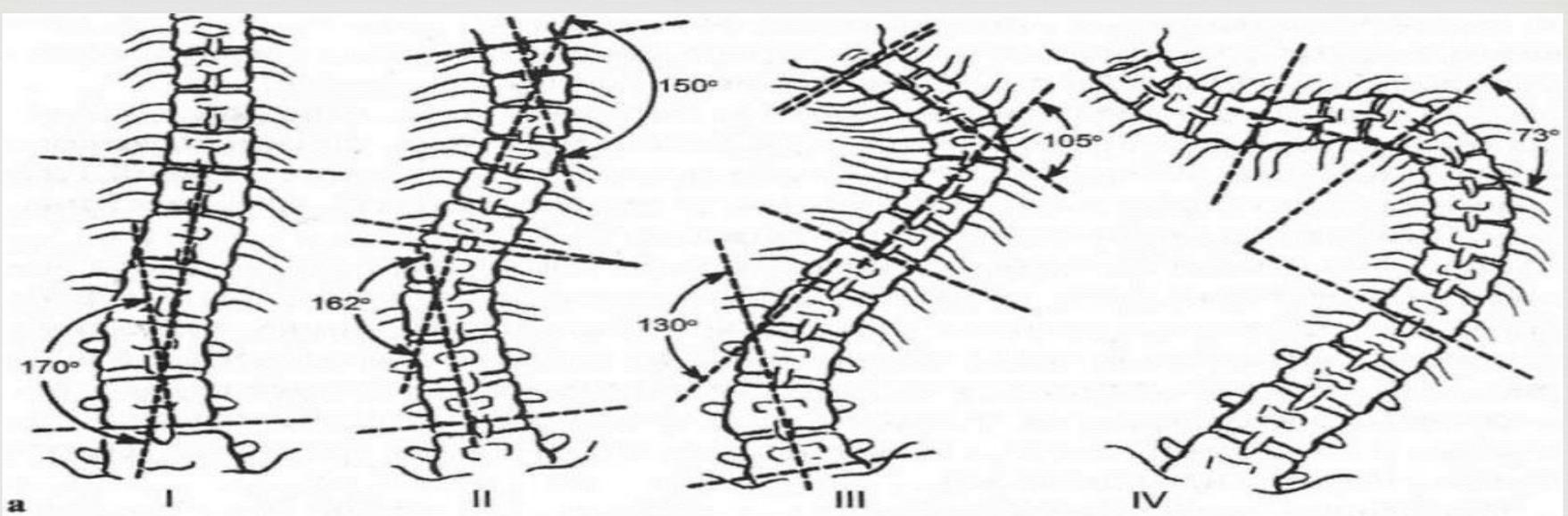


1) позвоночный столб имеет не менее двух дуг; 2) угол отклонения основной дуги колеблется в пределах $31-60^{\circ}$; 3) торсионные изменения резко выражены и проявляются в значительной деформации грудной клетки и наличии реберного горба; 4) все изменения носят стойкий характер; особое место занимают нарушения со стороны внутренних органов и неврологические расстройства.

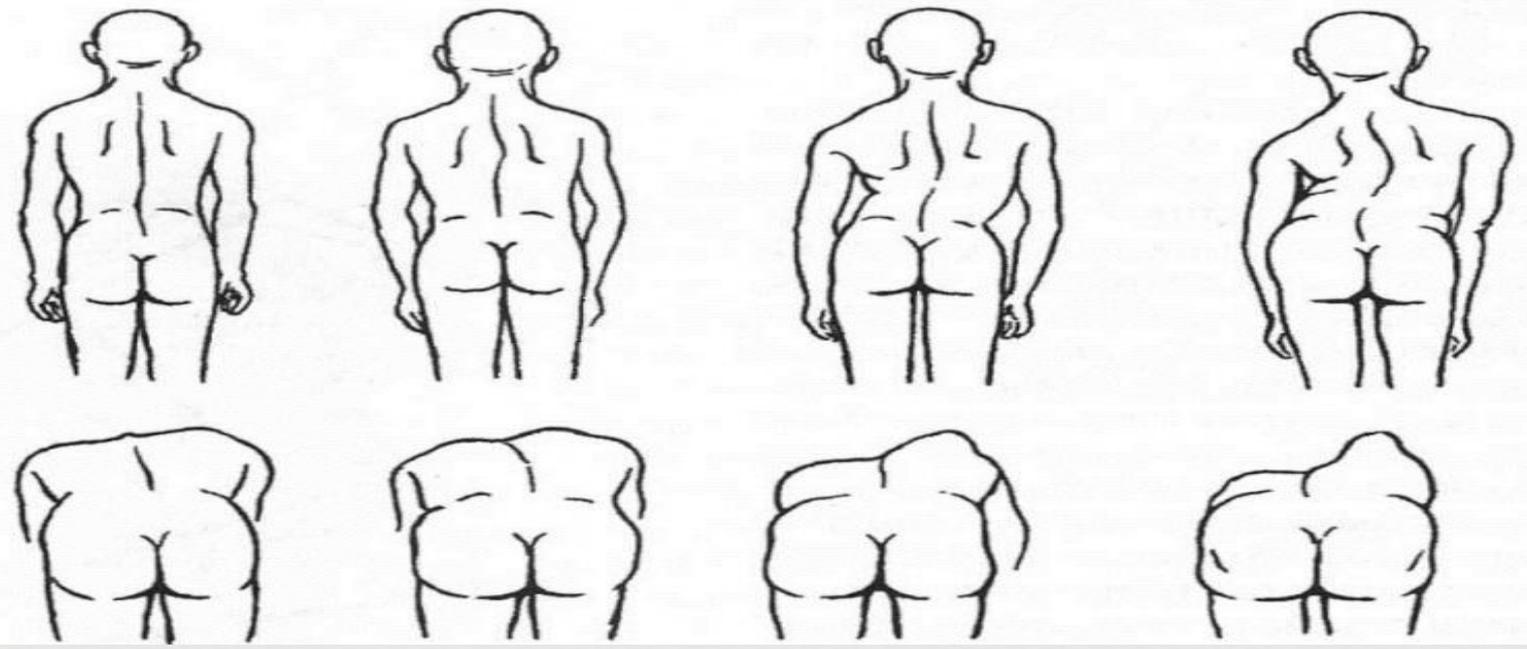
ЧЕТВЕРТАЯ



1) прогрессирующее боковое отклонение позвоночного столба и скручивание его по оси, что приводит к образованию кифосколиоза с деформацией как в боковом, так и в переднезаднем направлении; 2) угол отклонения от вертикальной оси более 60° ; 3) отчетливо выражены передний и задний реберные горбы, деформация таза и грудной клетки; 4) все изменения носят стойкий характер; 5) резко выражены нарушения функций органов грудной клетки и нервной системы.



a



b

Классификация выраженности сколиоза по В. Д. Чаклину и по Лж. Коббу.



По В.Д. Чаклину	По Дж. Коббу
I степень 180 - 175	меньше 15
II степень 175-155	20-40
III степень 155-100	40-60
IV степень меньше 100	больше 60



структурный и функциональный сколиозы.



-Структурный сколиоз характеризуется изменением структуры, клиновидной деформацией, торсией позвонков.

-Функциональный сколиоз – обратимое укорочение и растяжение связок, мышц, асимметрия мышечного тонуса, функциональные блоки межпозвонковых суставов, формирование порочного двигательного стереотипа.

Анатомические типы сколиоза (по I. Ponseti и B. Friedman, 1955)



Анатомический тип сколиоза	Краниальный позвонок	Каудальный позвонок	Вершинный сегмент (середина дуги)
поясничный	не выше Th12	L4–S1	L2–L3
грудной	Th2–Th6	не ниже L1	Th7–Th9
Грудопоясничный	не ниже Th11	не выше L2	Th9–L1
Комбинированный	имеет 2 основные дуги: верхнюю – в виде грудной дуги, нижнюю – в виде поясничной или грудопоясничной дуги		
верхнегрудной	C6–Th3	Th4–Th7	Th2–Th4

Различают непрогрессирующий, медленно прогрессирующий и бурно прогрессирующий сколиозы.



- Более 50% сколиозов не прогрессируют и остаются сколиозами I степени;
- 40% медленно прогрессируют;
- 10% всех сколиозов бурно прогрессируют, достигая через 2–3 года III степени, нередко с формированием реберного горба. Особенно опасен период бурного роста скелета.

По форме дуги искривления различают:



1. С-образный сколиоз – простая дуга искривления, может быть лево- или правосторонним;
2. S-образный сколиоз – сложная дуга искривления; одна дуга (основная) имеет больший угол отклонения, находится обычно в грудном отделе; вторая дуга (дуга противоискривления) имеет небольшой угол отклонения и находится в поясничном отделе;
3. Тройной сколиоз – имеется три дуги искривления, встречается довольно редко.

Этиология сколиоза.

По этиологии сколиозы подразделяют на врожденные, диспластические, приобретенные и идеопатические.

- 
- Врожденные сколиозы развиваются за счет аномалии строения позвоночника. Дуга искривления короткая, торсия отмечается только на месте аномалии. Деформация стойкая.
 - Диспластические сколиозы возникают возникающий в результате дисплазии пояснично-крестцового отдела позвоночника. Дисплазия костной системы отражается в укорочении одной ноги, асимметрии костей таза.

- Приобретенный сколиоз возникает на почве перенесенного полиомиелита, рахита, повреждения сустава нижней конечности, сопровождающегося ее укорочением.
- Идиопатический сколиоз - наиболее распространённая форма деформации позвоночника, встречается в 70-90% случаях заболевания. Идиопатическим называются все виды сколиозов, происхождение которых не выявлено. В 80% болеют девочки.

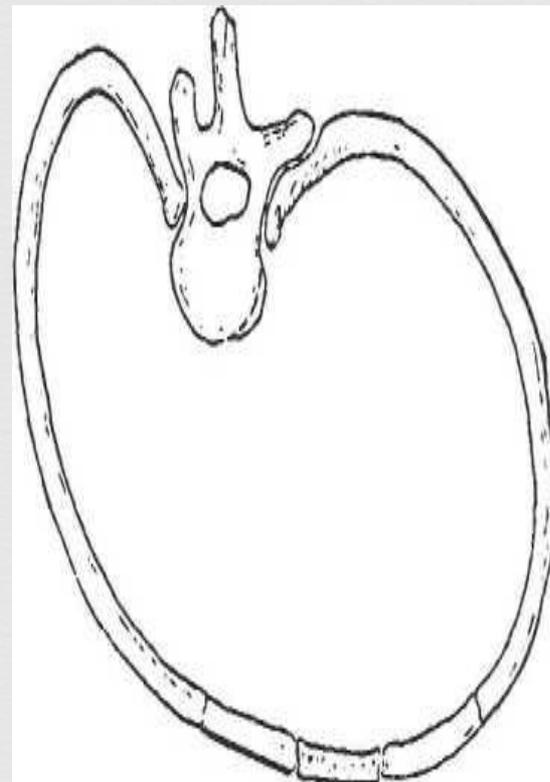
ПАТОГЕНЕЗ



- Небольшое искривление позвоночника,
- Увеличение давления на вогнутую сторону дуги ,
- Выпячивание фиброзного кольца диска из межпозвонкового промежутка в вогнутую сторону,
- Смещение ростковых эпифизарных пластинок тел позвонков в вогнутую сторону,
- Компрессия росткового хряща и замедление роста со стороны вогнутости,
- Участки хряща с выпуклой стороны ускоряют рост,

- Образование клиновидных выростов,
- Дистрофические изменения фиброзного кольца,
- Образование позвонков клиновидной формы,
- Торсия позвонков с поворотом всей дуги искривления в выпуклую сторону,
- Формирование реберного горба,
- С выпуклой стороны ребра перегибаются в области углов, скручиваются,
- скручивание таза, изменение угла наклона крестца и поясничного отдела позвоночника,
- Нарушение функции легких, сердца и других внутренних органов.

Форма позвоночного столба и грудной клетки, позвонка, ребер при сколиотической болезни



Этиология и патогенез идиопатического сколиоза зависят от трех основных паталогических факторов (По И. А. Мовшовичу) :



1. Первичный патологический фактор, нарушающий нормальный рост позвоночника (диспластические изменения в спинном мозге, позвонках, дисках), либо приобретенные изменения.
2. Фактор, создающий общий патологический фон организма и обуславливающий, при прогрессирующей форме сколиоза проявление первичного фактора в целом сегменте позвоночника (обменно-гормональные нарушения, нарушения белкового, углеводного, минерального обменов).

3. Фактор статико-динамических нарушений, который приобретает особое значение в период формирования структурных изменений позвонков.

□ Наличие у больного всех трех факторов приводит к развитию прогрессирующего сколиоза. Наличие первого и третьего факторов к непрогрессирующему или медленно прогрессирующему сколиозу. Третий фактор приводит к нарушению осанки (сколиотическая осанка).

Вероятность формирования сколиотических дуг, превышающих 50° , в зависимости от сроков первичного выявления деформации

Сроки выявления деформации	Вероятность формирования сколиотической дуги, превышающей 50°
до 3 лет	100 %
от 7 до 10 лет	26 %
от 10 до 12 лет	12 %
старше 12 лет	8 %

Нарушения работы внутренних органов и систем



- Изменение расположения органов средостения: сердце, трахея, аорта, пищевод.
- Изменения в легких, ДО, ЖЕЛ снижается, увеличивается склонность к заболеваниям бронхитам и бронхиальной астме.
- Сердце увеличивает ударный объем, изменяются камеры сердца (легочное сердце).
- Тонус пищевода повышается, а перистальтика снижается, что приводит к рефлюкс эзофагиту
- У трети больных тонус и перистальтика желудка снижены.
- Часто (у 80%) наблюдается дисфункция мочевого пузыря.
- Происходит сдавление спинного мозга и нарастание явлений пареза нижних конечностей.

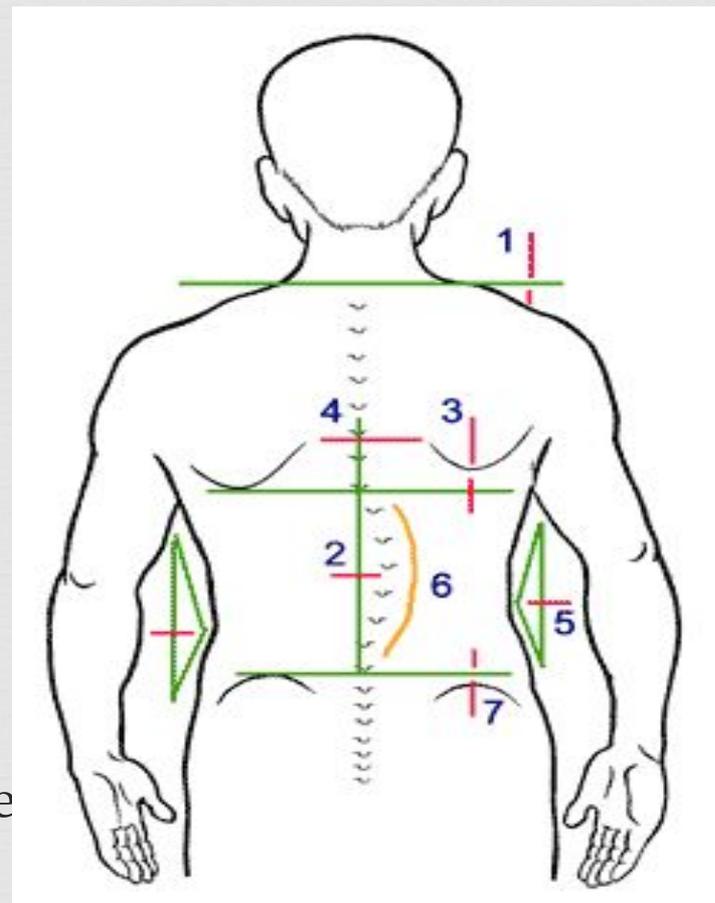
ДИАГНОСТИКА СКОЛИОЗА



- Визуальный осмотр для выявления асимметрии надплечий, треугольников талии, лопаток, реберного горба, подвздошных костей.
- Рентгенографическое исследование в положении стоя и лежа.
- На основании рентгенограммы устанавливают степень заболевания.

Клинические (внешние) признаки сколиоза

- 1 – асимметрия надплечий;
- 2 – отклонение линии остистых отростков от средней линии;
- 3 – асимметрия высоты стояния лопаток;
- 4 – асимметрия расстояний между углом лопаток и линией остистых отростков;
- 5 – асимметрия «поясничных» треугольников (талии);
- 6 – мышечный «валик»;
- 7 – асимметрия расположения крыльев подвздошных костей

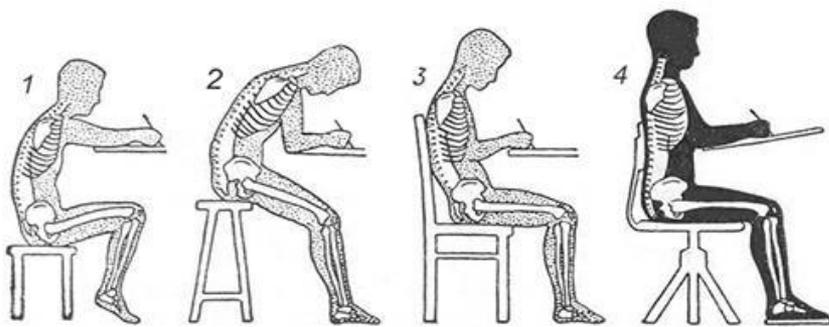


ЛЕЧЕНИЕ СКОЛИОЗА

- В настоящее время существует классическое разделение методов лечения сколиотической болезни на консервативные и оперативные.
- Около 75–77 % больных сколиозом излечиваются (лечатся) консервативными методами, а 23–25 % больных требуется оперативное лечение.

Комбинированный метод консервативного лечения

□ Ортопедический режим



Посадка за рабочим столом:

1 — слишком низкое сидение; 2 — высокое сидение; 3 — стол слишком высок; 4 — правильная посадка.

- ЛФК
- Лечебное плавание.
- Лечебное корсетирование
- Шрот-терапия
- Физиотерапия
- Массаж
- Психологическая коррекция



ПОКАЗАНИЯ К ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ



Абсолютными показаниями к хирургической коррекции сколиотической деформации являются:

- деформация, превышающая 45° ;
- интенсивное прогрессирование искривления позвоночника у больных с деформацией менее $40-45^\circ$, имеющих клинические и рентгенологические признаки сохраняющейся большой потенции роста;
- наличие или появление признаков неврологических расстройств и болевого синдрома .

Оперативное вмешательство



**Обзор современных научных данных
отражающих эффективность
практики йоги для лечения
сколиотической болезни.**

г. Москва 2009г, на базе отделения восстановительного лечения детской городской поликлиники № 63 проведены исследования влияния «хатха-йоги» на процесс формирования навыка удержания скорректированного положения тела у детей среднего школьного возраста, страдающих сколиозом II степени.

В исследовании приняли участие 36 детей в возрасте 11-13 лет, из них 20 девочек и 16 мальчиков. Все дети с диагнозом грудной сколиоз II степени. 2 группы: (КГ) и (ОГ), численность одинаковая.

Использовались статические асаны, расслабление и медитация, а так же полное йоговское дыхание. Исследование проходило в два этапа.

Первый этап состоял из 25-26 процедур ЛГ и 10 сеансов лечебного массажа в поликлинике. Второй этап включал самостоятельные занятия дома в течение 2-2,5 месяцев, курс ЛГ, состоящий из 25-26 занятий в поликлинике и 10 сеансов массажа. Тестирование проводилось в начале эксперимента, после первого и второго курсов ЛГ. Занятия проводились 3 раза в неделю. Длительность 1 занятия – 45 минут.

После двух курсов ЛГ произошли достоверное увеличение показателей силовой выносливости мышц туловища в обеих группах и уменьшение отклонения туловища от вертикальной оси.

В КГ прирост показателей силовой выносливости мышц пресса составил 28% у девочек и 22% у мальчиков, выпрямителя позвоночника 28% у девочек и 27% у мальчиков. В ОГ те же показатели возросли на 41 и 44% и 42 и 39% соответственно. Показатели, характеризующие вертикальность позвоночного столба, улучшились на 26% у мальчиков и 20% у девочек в КГ. В ОГ – на 50 и 48% соответственно

Увеличилась экскурсия грудной клетки на 80% у девочек и на 57% у мальчиков ОГ (в КГ на 40% и 34% соответственно). Частота дыхания в момент проведения сеанса снизилась на 41% у девочек и на 20% у мальчиков в ОГ; в КГ 16% и 9% соответственно. Снижение ЧСС в покое у девочек и мальчиков ОГ составило 14% и 20%. В КГ на 6% у девочек и на 6% у мальчиков.

Использование «хатха-йоги» позволило повысить статическую выносливость мышц туловища и способствует сохранению корригированного положения тела, а также значительно увеличило эффективность дыхательного процесса.

Исследование проводилось в Колумбийском университете.

Определялась эффективность выполнения асимметричного варианта базовой позы йоги – боковой планки с выпуклой стороны дуги. Набрана группа из 25 участников в возрасте 14-85 лет с идиопатическим сколиозом. Степень искривления позвоночника участников измерялась перед началом исследования с применением стандартной техники по Коббу (6-120 градусов). В первую неделю участники должны были стоять в такой позе по 10-20 секунд в день. По мере укрепления мускулатуры, длительность удержания позы возрастала до максимально возможной. В среднем участники практиковали позу боковой планки по 1,5 минуты в день 6,1 дня в неделю на протяжении 6,8 месяцев.

Повторное измерение проводилось сразу после окончания исследования.

Ассиметричное усиление мускулатуры спины при ежедневном выполнении упражнения боковой планки в течение 6,8 месяца существенно уменьшило угол первичного сколиотического искривления позвоночника. Сколиотическая кривая уменьшилась в среднем на 32%. У 19 пациентов, которые практиковали позу йоги как минимум 3 дня в неделю, искривление уменьшилось в среднем на 40,9%. При этом у подростков искривление уменьшилось в среднем на 49,6%, а у взрослых – на 38,4%.

Результаты нуждаются в дальнейшей проверке .

Исследование о возможности и пользе включения в комплексную программу физической реабилитации асан йоги и полного дыхания йогов проводилось на базе школы-интерната № 13 для детей, страдающих сколиотической болезнью, г. Харькова. Под наблюдением находились 70 девочек 7-9 лет с I степенью деформации, с грудным и груднопоясничным сколиозом. У 85% был выявлен диспластический сколиоз, у 15% идиопатический сколиоз.

Занятия проводились по разработанной программе физической реабилитации, которая включает лечебную гимнастику в сочетании с асанами йоги и полным дыханием йогов, а так же лечебное плавание и массаж.

Занятия ЛФК проводились 3-4 раза в неделю, длительность составила 45 мин.

В начале, середине и конце занятия применялась одна асана хатха-йоги (ваджрасана и шавасана) с полным йоговским дыханием длительностью 1,5-3,0 минуты, между асанами применялись корригирующие упражнения. В результате проведенных исследований было выявлено урежение ЧД больных детей при повторном исследовании на 26,6%, увеличение МОД на 17,13% за счет ДО, увеличение максимальной вентиляции легких более чем в 2 раза, урежение ЧСС в покое на 9%.

На базе Белгородского государственного университета было проведено 8-ми месячное исследование о влиянии асан хатха –йоги и пранаямы на физическое состояние студенток со сколиозами и нарушениями осанки. Применялись асаны стоя, лежа на животе и спине, упоры, сурья на маскар, и т.д. Сформированы 2 однородные группы студенток с нарушениями ОДА . Экспериментальная группа ЭГ (33 человека) практиковала асаны и пранаяму, контрольная группа КГ (33 человека) занималась по общей программе разработанной преподавателями физкультуры.

Всего было проведено 68 занятий (в среднем 2,1 занятия в неделю). В ходе эксперимента в ЭГ получены достоверные улучшения экскурсии грудной клетки, систолического давления, жизненной емкости легких, дыхательного объема, улучшение вестибулярного аппарата, укрепление мышц брюшного пресса и спины, улучшение боковой подвижности позвоночника. В контрольной группе улучшений не произошло.

В статье отсутствуют данные о рентгенологическом исследовании изменений грудной клетки до и после эксперимента.

На портале BIOMED CENTRAL опубликована статья Марсии Монро Нью-Йорк, США напечатанная в журнале Scoliosis 2010, № 5, в которой рассказывается о 46 летней женщине, у которой в детском возрасте был диагностирован идиопатический сколиоз и в подростковом возрасте была рекомендована операция (спондилодез). Вместо этого, она занималась консервативным лечением сколиоза (1 год), затем перейдя к йоге Аенгара, плаванию и методу Фельденкрайза (движение перевоспитания).

Согласно данной статье йога помогла пациенту стабилизировать слабые мышцы, расширить диапазон дыхания; увеличить мышечный тонус в положении стоя, сидя, лежа и; и укрепить и удлинить позвоночник с помощью конкретных поз, используемых в качестве тяги таким образом, что она не испытывает боли в спине и ведет активную жизнь.

Вывод: режим йоги Айенгара в сочетании с движением перевоспитания, может быть очень полезен в уменьшении боли и улучшении самочувствия при идиопатическом сколиозе, независимо от возраста.

Национальным центром по экологической оценке, Северная Каролина США опубликованы результаты 10-летних исследований, подтверждающих, что практика хатха-йоги может улучшить силу и гибкость, и помочь контролировать такие физиологические переменные, как кровяное давление, дыхание и сердечный ритм, скорость обмена веществ. На базе медицинской подтвержденной информации делается вывод о пользе йоги для здоровых людей, так и для пациентов имеющих опорно-двигательные и сердечно-легочные заболевания.



Департаментом профилактической и социальной медицины, Правительственный Медицинский Колледж Индиры Ганди, Нагпур, Индия опубликовано исследование о положительном влиянии многолетней практики раджа-йоги на основные кардио-респираторные функции в связи со смещением вегетативного баланса в пользу парасимпатической системы .



Вышеперечисленные сведения и исследования говорят не только о возможности применения йоги в коррекции сколиоза, но и обязательном использовании дыхательных практик йоги для улучшения состояния дыхательной и сердечно-сосудистой системы страдающих при данном заболевании.



Обзор методов йоги в терапии S-образного сколиоза применяемых отдельными классическими школами

НАИМЕНОВАНИЕ ШКОЛЫ	ПРИМЕНЯЕМЫЕ ТЕХНИКИ
Б.К.С. АЕНГАР	Тадасана, париврита триконаасана, уштрасана, уткатасана, шалабхасана, макарасана, бхуджангасана, адхо и урдхва мукха шванасана, гомукхасана, бадха конаасана, париврита-джану ширшасана, пашиматонаасана, пурвоттанасана, паригхасана, падангуштхасана, шавасана.
СВАМИ ШИВАНАН ДА	Сарпасана (или бхуджагхасана), шалабхасана и ее вариации, бадха-падмасана, макарасана, джану-ширшасана, дханурасана, гомукхасана, шавасана не более 15 мин.
ДХИРЕНДР А БРАХМАЧА РИ	Сукшма-вьяямы для укрепления мышц спины, шалабхасана, макарасана, бхунджагхасана (сарпасана), уштрасана (дханурасана), шавасана.

НАИМЕНОВАНИЕ ШКОЛЫ	пранаяма	шаткармы
Б.К.С. АЕНГАР	удджайи пранаяма, нади-шодхана пранаяма с задержкой на вдохе либо без задержки, бхастрика пранаяма, капалабхати пранаяма.	удияна-бандха, наули
СВАМИ ШИВАНА НДА	Сахаджа-пранаяма-1,2,9,10 Пашчатья-пранаяма-1,2 Враджана-пранаяма	удияна-бандха, агнисара дхаути крийя, Наули
ДХИРЕНД РА БРАХМА ЧАРИ	бхастрика, капалабхати	удияна-бандха, наули

- Свами Шивананда предлагает использовать «комбинации из трех классических упражнений: Бхуджангасана – Шалабхасана – Дханурасана.
- Дхирендра Брахмачари предлагает для исправления асимметрии спины использовать сукшма-вьядьямы для укрепления мышц спины и макарасану.
- У Аенгара применение асан для исправления асимметрии не упоминается, указанные в таблице используются для укрепления мышц спины и брюшного пресса.

Все школы предлагают использовать наули и удияна-бандху и пранаямы для улучшения работы легких и сердца.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

В ЛФК запрещается выполнение следующих упражнений:

- увеличивающих подвижность позвоночника (прогибы и наклоны в стороны, особенно глубокие);
- перерастягивающих мышечно-связочный аппарат, поддерживающий позвоночник (чистые висы);
- перевернутые упражнения (осевая нагрузка на позвоночник);
- вызывающих сотрясение тела (прыжки);
- скрутки позвоночника в положении сидя и стоя.

Также о вреде глубоких прогибов и наклонов, скруток и перевернутых асан говорит Christa Lehnert-Schroth

Предлагаемый комплекс йогатерапии S-образного сколиоза

Комплекс йогатерапии S-образного сколиоза будет рассмотрен на базе основной правосторонней грудной дуги и левосторонней компенсирующей поясничной. Т.к. информации о лечении сколиоза методами йоги в основных школах недостаточно, комплекс составлялся на базе данных ЛФК, с использованием асан йоги.

1. Разминка 10-15 минут.

В ходе разминки организм занимающегося подготавливается к нагрузке основной части занятия, разогреваются основные группы мышц и системы организма.

Применяются сукшма-вьяямы на шейный отдел, плечевой пояс, элементы йогатерапии плоскостопия. В дальнейшем, при увеличении силовой выносливости, считаю возможным применять йогатерапевтический сурья намаскар с асимметрическим выполнением нираламба-бхуджангасаны (левая рука вытянута за голову, правая уведена назад, либо согнута в локте и предплечье лежит на выбухании).

2. Дыхательные прана-вьяямы 10 минут.



Во время их выполнения происходит приток венозной крови и лимфы к сердцу, насыщение организма кислородом, укрепление сердечно-сосудистой системы и ЖЁЛ, тренировка мышц брюшного пресса и массаж внутренних органов.

- Капалабхати, бхастрика
- Удияна-бандха, агнисара
- Уджаи-вьяяма 1,2

3. Основная часть 30-35 минут



Цель – формирование мышечного корсета, коррекция и стабилизация процесса искривления, а также (возможно) уменьшение дуги искривления. В составе упражнения, обеспечивающие общую и силовую выносливость мышц спины, брюшного пресса, грудной клетки, боковой поверхности туловища; корригирующие упражнения в сочетании с общеразвивающими и дыхательными.

□ Корригирующие упражнения могут быть симметричными, асимметричными, деторсионными.

Асаны основной части



- Нираламба буджангасана, вариации (симметричная и асимметричная)
- Адаптированная поза ребенка
- Ардха-шалабхасана (симметричная и асимметричная)
- Ардха бхуджангасана (тракция)
- Накрасана (расслабление)
- Цикл марджариасаны в адаптированном положении на ладонях и предплечьях (вариации)
- Ардха-наवासана

□ Бакасана на фитболе



- Шалабхсана на фитболе, выполняется в связке с бакасаной.



□ Расслабление на фитболе



- Паршва Урдхва Падасана
- Васиштхасана (на выпуклую сторону)
- Расслабление мышц вогнутой части грудной клетки, лежа на правом боку с валиком под выпуклостью
- Эка Бхуджа Свастикасана-2 (асимметричное выполнение)
- Гомукхасана
- Гарудасана для рук в сукхасане

Во время выполнения комплекса используется дыхание уджаи (при наличии варикозной болезни - только на вдохе), либо асимметричное дыхание левой (вогнутой) стороной тела.

4. Пранаяма на выбор 5-10 минут.



- Если пранаяма выполняется сидя в сукхасане, то поза адаптируется, под правую часть таза подкладывается пропс, контролируется коррекция позвоночника:
- Полное йоговское дыхание практикуется в асимметричном корректирующем положении со вдохом вогнутой частью грудной клетки, можно использовать в положении марджариасаны.
- Уджаи-пранаяма, активизирует PSNS и насыщает кровь кислородом, что очень важно при сколиозе.

- Брамари пранаяма может выполняться лежа (в корректирующем положении), Имеет очень выраженный успокаивающий эффект.
- Нади Шодхана Пранаяма имеет успокаивающий эффект и гармонизирует полушария мозга, что имеет большое значение при сколиозе.

5. Шавасана 10-15 минут.

Карта йогатерапевтического алгоритма по программе «С-образный сколиоз»

ЖЕНЩИНА

- Год рождения: 1963, вес 58 кг, рост 165 см.
- Точный диагноз: Данных рентген или МРТ исследований не представлено. Со слов пациента и на основании осмотра - С-образный правосторонний сколиоз 3 степени, угол искривления 35 градусов.
- Давность заболевания: Диагноз С-образный сколиоз 3 степени поставлен в возрасте 14 лет. Имелся врожденный вывих бедра. Врачи занимались лечением бедра и упустили сколиоз.

- Жалобы на момент начала занятий:
дискомфорт в пояснице при выполнении парипурна наवासаны, незначительная скованность в плечелопаточной зоне.
- Лечение ранее: в 14-лет 1 год провела в санатории специального типа, использовались ЛФК, гипсовая кроватка, корсет - лечение улучшения не дало.
- С 2005 года посещает 2 раза в неделю занятия по хатха-йоге, чувствует себя хорошо.

При осмотре выявлено:



визуально кульминационный позвонок в районе Th 7-8, краниальный - Th1-2, каудальный Th 11-12. Большой реберный горб, левое плечо, слегка ниже правого, вогнутость незначительная. Подвздошные кости на одной высоте, длина ног одинаковая. Имеется увеличенный лордоз позвоночника.

Начало практики (29/06/2015)

Подробное
описание
применяемой
практики

вариации нираламба буджангасаны и шалабхасаны в симметричном и асимметричном выполнении, цикл марджариасаны в корригирующем положении на прямых руках+нога назад и предплечьях с вытяжением рук вперед (с прогибом на 50%, выгибанием на 90%), ардха наvasана, виньяса бакасана-шалабхасана на фитболе, васиштхасана на правую сторону (30 сек. Х3 раза в день), вытяжение вогнутой стороны, лежа на боку на валике под вершиной выпуклости, с занесением руки за голову на вдохе. Используется дыхание уджайи и полное йоговское дыхание со стороны вогнутости.

	1 месяц занятий	2 месяц занятий
Подробное описание применяемой практики	<p>Посещает группу йоги, ежедневно занимается дома 30 минут.</p> <p>Добавлены сукшма - вьяямы на плече-лопаточную зону, упражнения для профилактики плоскостопия.</p>	<p>Добавлена сурья намаскар с корригирующим положением в нираламба буджангасане (левая рука вперед, правая назад)</p>

Жалобы и динамика самочувствия

Начало
практики
(29/06/2015)

При дыхании вогнутой стороной усиливается сердцебиение, назначено освоение дыхания по 2-3 минуты 5 раз в день).

1 месяц
занятий

Самочувствие хорошее. Отмечено снятие напряжения с плечелопаточной зоны после занятий. Нравится васиштхасана, создает ощущение исправления выпуклости с правой стороны. Применяет полное йоговское дыхание с контролем вогнутой стороны.

2 месяц
занятий

Отмечает укрепление поясничной области, брюшного пресса и грудных мышц, увеличение жизненной емкости легких.



Спасибо за внимание