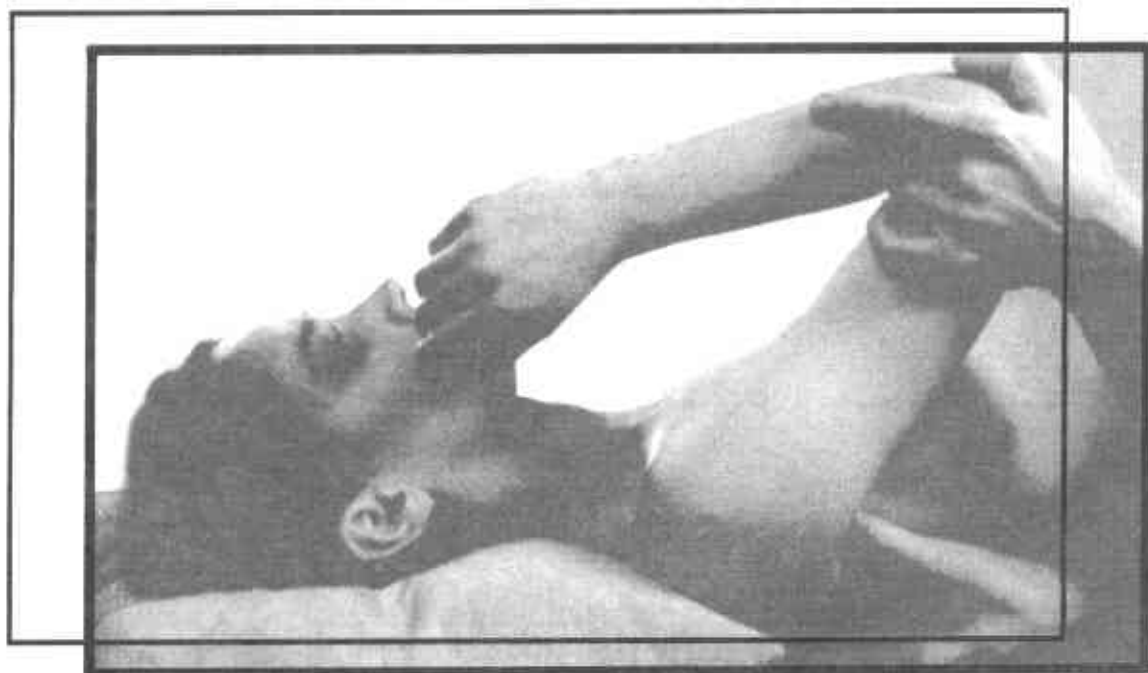


Лоуренс Х. Джонс

Стрейн — контрстрейн

Остеопатическое лечение
чувствительных к боли точек



Лоуренс Х. Джонс

Стрейн – контрстрейн

Остеопатическое лечение
чувствительных к боли точек

Санкт-Петербург
2006

Благодарность

Концепция *стрейн – контрстрейн* еще не получила достаточного развития, и написание этой книги не могло бы осуществиться без помощи некоторых опытных людей, которые давали мне советы, спорили со мной, направляли мои действия и подбадривали меня. И хотя список наверняка оказался неполным, перечислю здесь всех тех, кто особенно помог мне: Harry Davis, DO, Perrin T. Wilson, DO, John P. Goodridge, DO, FAAO, Berkeley Brandt Jr. DO, Rollin E. Becker, DO, William L. Johnston, DO, FAAO, George W. Northup, DO, FAAO, John Harakal Jr., DO, FAAO, Irvin M. Korr, Ph.D.

Кроме того, я выражаю глубокую признательность за бесконечные часы самоотверженного участия: R. Rex Conyers, DO, Robert H. Wendorff, DO, Gerald H. Cooper, DO, Harold R. Schwartz, DO, FAAO, которые работали как самостоятельно, так и вместе со мной. Они помогли мне написать эту книгу, которая может оказаться полезной и востребованной для всех наших коллег.

Кроме того, я благодарю John Glover, DO, CSP, OMM, John M. Jones, DO, Randall S. Kusunose, PT, OCS, Edward K. Goering, DO, DVM, MSHPE.

Спасибо также Kathy Gaudry, Gail Ward, Tamarack Books, Boise – за профессиональное руководство и поддержку, а также Kristin Finnegan, Portland – за ее великолепные фотографии.

И, наконец, мне бы хотелось поблагодарить всех тех, кто своими предложениями помог сделать текст ясным и понятным. Эту кропотливую и трудоемкую работу в первую очередь осуществили Sarah Sutton, DO, FAAO, Edna Lay, DO, FAAO.

Предисловие

Эта книга представляет собой попытку передать всем практикующим остеопатам знания, которые мне посчастливилось приобрести за 58 лет моей практической работы в области суставных дисфункций. При этом речь идет отнюдь не о научном трактате, а скорее, об обмене опытом работы практикующего остеопата со своими коллегами.

Особенно важными и ценными были два феномена, которые я периодически наблюдал независимо друг от друга. Оба этих феномена произвели на меня столь сильное впечатление, что я — для того чтобы использовать их для лечения суставных дисфункций, — начал экспериментировать с различными способами лечения. Первый феномен дал мне единственную в своем роде возможность наблюдать, как ведут себя суставы при нагрузке. Второй феномен стал новым источником диагностической информации, который соответствовал моим знаниям на момент открытия и лишь дополнил их. Гипотеза возникновения соматических суставных дисфункций впервые упоминается в статье Ирвина М. Корра, доктора психологии¹, который логически обосновал дисфункцию суставов и привел научное обоснование этого понятия. Мои наблюдения, собранные приблизительно за 38 лет терапевтического применения метода контрстрейн в практике лечения суставов, подтверждают выводы Корра. Одним из первых американцев, научно обосновавших исследование суставных дисфункций, был Эндрю Тейлор Стилл, врач, живший во времена гражданской войны в Америке. Он тщательно изучил анатомию человеческого тела и создал на основе психологических рассуждений мануальные техники, с помощью которых он как врач значительно улучшил возможности своего лечения. Другие врачи, его современники, не видели пользы от его достижений и не признавали его рассуждений о причинах болезней.

После нескольких лет фрустрации Стилл основал собственную медицинскую школу, которую назвал Остеопатия. Цель была «создать школу остеопатии, структура которой улучшит современную систему хирургии, гинекологии и вообще лечение болезней, даст ей мощное рациональное и научное обоснование и распространит информацию по всему медицинскому миру»². И хотя эта школа была призвана претворять в жизнь его концепцию, она привела к дальнейшему отдалению от него современников, поскольку Стилли и выпускникам его школы удалось избавить своих

¹ *Korr, I.M.: Proprioceptors and Somatic Dysfunction. Journal of the American Osteopathic Association 74 (Март 1975). S. 638 — 650.*

² *Northup, G.W.: Osteopathic Medicine. An American Reformation. Chicago: American Osteopathic Association, 1966. S. 16.*

пациентов от болезней с помощью манипулятивных методов, которые не признавала традиционная медицина. Усиливающееся соперничество привело к тому, что была дискредитирована эффективность суставной манипуляции, принятая в традиционной медицине. Лишь в последнее время эта точка зрения изменилась, и сейчас во многих крупнейших центрах реабилитации предлагаются на выбор различные методы лечения.

Занятие остеопатической медициной в середине 30-х годов, когда я посещал остеопатический колледж для врачей и хирургов в Лос-Анджелесе, еще не было официально признано. Многие терапевты исходили из того, что ригидный и болезненный сустав был следствием повреждения, вызванного подвывихом сустава, либо частичной или неполной дислокацией. Они применяли специфический импульс, чтобы способствовать разъединению сустава и восстановлению свободного и безболезненного функционирования больного сустава. Большею частью им это удалось, по крайней мере, частично. Многим из нас все-таки были неясны возникновение и причины этих остеопатических поражений, и мы обладали в лучшем случае техникой, устраняющей болезненный синдром. Постепенно, спустя годы, концепция соматической дисфункции из концепции механического, структурного нарушения функций превратилась в концепцию рефлекторной нейромышечной дисфункции. Независимо от этого сторонники традиционной концепции подвывиха сустава, лечившие его с помощью внезапной сильной мобилизации, длительное время достигали в большинстве случаев сравнительно хороших результатов.

Уильям Гарднер Сатерленд, доктор остеопатии, развил гипотезы³ о функции цереброспинальной жидкости и о краниосакральных механизмах дыхания, — область, без которой, по моим сведениям, никто не может обойтись. Применение медленной и точно рассчитанной силы в направлении свободной подвижности, которое указали ему требующие лечения структуры, по моему мнению, отвечает позднейшим концепциям. К примеру, он следовал движению черепа в направлении, которое было меньше всего ограничено. Он установил, что таким образом смог сократить или устранить асимметричные ограничения движения.

Харальд Гувер развил метод лечения неправильных положений сустава, который он назвал «функциональной техникой»⁴. Он исходил из того, что в анатомически нейтральной позиции эти суставы развивали асимметричное мышечное напряжение. С другой стороны, лечение состояло в том, чтобы двигать сустав в направлении незначительного сопротивления и наименьшей болезненности. Гувер представил позицию баланса, в которой любое напряжение в области сустава было одинаково значительным. Эту позицию он назвал «динамически нейтральной». Когда пациенты находятся в этой лечебной позиции, потребность в чрезвычайном, расслабляющем положении сустава становится довольно незначительной, пока в конце концов динамическая позиция вновь будет соответствовать анатомически нейтральной.

³ *Sutherland, W.G.*: The Cranial Bowl. *Journal of the American Osteopathic Association* 43 (April 1944), S. 348 – 353.

⁴ *Hoover, H.V.*: *Functional Technique*. Yearbook. Carmel, CA: Academy of Applied Osteopathy, 1958, S. 47 – 51.

Гувера упрекали в копировании концепции Сатерленда, но он категорически это отрицал. Я занимался на его курсах в Академии прикладной остеопатии, где преподавали сначала учение Харрисона Фрайетте (Fryette), доктора остеопатии, а позднее — его «функциональные техники». В то время мне еще не были доступны ни эти, ни другие методы, и я вновь обратился к техникам импульсов с наименьшей амплитудой и наибольшей скоростью.

Когда в журнале «The DO» была опубликована моя статья под названием «Спонтанное снятие боли с помощью различных позиций»⁵, меня стали упрекать в копировании функциональных техник Гувера. Я незамедлительно привел различия и отверг всякое сходство. В статье упоминалась позиция спонтанного снятия боли, при которой наступает мгновенное облегчение и освобождение от боли — как и у Гувера. В то время как Гувер со своей концепцией динамически нейтральной позиции ищет двустороннего баланса напряжения, который находится довольно близко от анатомически нейтральной позиции, концепция спонтанного снятия боли концентрируется на одностороннем повреждении и составляет позицию наименьшего сопротивления на стороне наибольшего напряжения. При этом данная позиция всегда находится в фактической позиции перегрузки или поблизости от нее. Здоровая сторона всегда остается вне поля внимания.

Одним из пионеров был Т. Дж. Рудди, доктор остеопатии, человек, с которым я мог с удовольствием спорить об этой концепции. Он является автором одного очень эффективного метода («resistive duction») быстрых повторяющихся движений против сопротивления⁶. Преимущества этого метода лечения он усматривал в довольно интенсивном снабжении кровью пострадавшей мускулатуры. Из бесед с ним становилось понятно, что он прежде всего исходил из механических повреждений. К сожалению, он был уже в преклонном возрасте, и мне не представилась возможность продолжить с ним дискуссию.

Фред Л. Митчелл, доктор остеопатии, создатель и пропагандист мышечно-энергетической техники, открыто признавал, что Рудди является источником его собственных работ⁷.

Мне следует добавить, что эти концепции определенно направили мои рассуждения в сторону того, чтобы нейромышечные дисфункции считать причиной суставных дисфункций. Я категорически и со всей ответственностью заявляю, что все наши идеи, несмотря на то что, по всей видимости, мы развивали их независимо друг от друга, служат во благо нашему общему и важному делу.

⁵ Jones, L.H.: Spontaneous Release by Positioning. DO 4: 109 – 16 Jan 64.

⁶ Ruddy, T.J.: Osteopathic Rhythmic Resistive Duction Therapy. Yearbook. Carmel, CA: Academy of Applied Osteopathy, 1961. S. 58 – 68.

⁷ Mitchel, F.L.: Из беседы с ним.

1. Открытие контрстрейн

1.1. ИСТОРИЯ ОТКРЫТИЯ

При наших попытках иметь дело с болезненностью двигательного аппарата отчетливо бросается в глаза некий факт, и становится непонятно, почему мы довольно долгое время не уделяли ему никакого внимания. Всем было хорошо известно, что боль в определенных позициях гораздо сильнее, чем в других. И все-таки никто не продвинулся с этой идеей дальше того, чтобы избегать этих крайне болезненных позиций. Я лечил пациентов в течение девятнадцати лет, не интересуясь позициями сильной или слабой боли, пока наконец не понял, что больше не могу игнорировать этот феномен или тот факт, что при всех недугах боль и напряжение решающим образом находятся под влиянием растяжения пострадавших участков. Причем частотный диапазон от мучительных болей в наихудшей позиции простирался до полного освобождения от боли в идеальной позиции. Вероятно, мы утратили интерес к этому, т.к. знали, что боль тотчас бы вернулась, как только пациент оставил бы не болезненную позицию. Как сказал один мудрый человек: «Причина поражения не в отсутствии знаний, а в манере выдавать за правильное то, что таковым не является». Как и следовало ожидать, пребывание в свободной от боли позиции в течение 90 секунд всегда имеет длительное позитивное действие при условии медленного выхода из этой позиции. Это наиболее эффективный и простой способ лечения.

Мне удалось усовершенствовать этот прекрасный метод. Все-таки я только способствовал большей фрустрации. Собственно говоря, я не имел намерения лечить пациента. Я хотел просто помочь ему найти удобную позу, в которой он смог бы лучше спать. Его сенсационным выздоровлением я был удивлен больше, чем он сам. Оно было столь же неожиданным, как и потрясающим. Я даже не смел мечтать, что одна из позиций сможет стать настолько эффективной.

ПОЗИЦИЯ ОСВОБОЖДЕНИЯ ОТ БОЛИ

Моим пациентом был здоровый 37-летний мужчина, который в течение четырех месяцев страдал от сильных болей в спине. Я лечил его уже месяц, без всякого успеха применяя все известные мне приемы. Я не знал, что еще можно было бы сделать. Он сказал, что мое лечение будет для него полезным, если ночью он будет иметь возможность спать. Дело в том, что каждую ночь ему приходилось просыпаться через каждые пятнадцать минут, чтобы принять удобную позу. На этой стадии лечения я был готов

ухватиться за любую соломинку и попробовать самые невероятные вещи. Поскольку мне было известно, что такие пациенты в дополнение к своим недугам очень легко попадают в зависимость от снотворных препаратов, я попытался вместе с ним отыскать удобную позу.

Я растягивал его в различных направлениях, спрашивая при этом, какую боль он чувствует: сильную или не очень. Это продолжалось двадцать минут, прежде чем я добился хоть какого-то успеха. Тем временем пациент принял довольно несуразную, гротескную позу, которая, казалось, чрезвычайно обременяла его. Однако пациент наконец-то почти полностью освободился от боли. Поскольку за четыре месяца лечения это был первый успех, мне не хотелось вновь возвращать его в болезненную позицию. С помощью нескольких подушек и стула я так зафиксировал его, что он смог наслаждаться этой позой.

Когда через некоторое время, отпустив другого пациента, я вернулся к нему, то обнаружил, что он все еще чувствует себя хорошо. Мы договорились, как он вновь сможет принять в кровати такую позу. Когда он встал, боль не вернулась. Впервые за четыре месяца он смог прямо стоять совершенно безболезненно. Впоследствии ему не нужно было принимать искривленную позу, чтобы уменьшить боль. Оба мы были очень рады, но передо мной возникла загадка. Эта, казалось бы, неразрешимая проблема была кардинально решена с помощью позиции, снявшей боль. В этой позиции что-то произошло, и это оказалось намного целительнее, чем усилия трех врачей. Причем эффект сохранился. Случайно мне удалось уменьшить долю моего неуспеха приблизительно с 30 % до 25 %. Этот способ лечения оказался настолько эффективнее всех известных мне до этого методов, что я решил применить его также в других случаях. При этом вкрадывалось много ошибок, но когда я все делал правильно, успех неизбежно сопутствовал мне. С тех пор свою жизнь я посвятил задаче применять эту технику и рекомендовать ее другим врачам и физиотерапевтам. Открытие оказалось счастливой случайностью и не более того.

ЧУВСТВИТЕЛЬНЫЕ К БОЛИ ТОЧКИ

В то время как я работал над тем, чтобы использовать позицию для облегчения боли в спине, я смог наблюдать много удивительного в поведении пораженной части тела. Как уже было сказано, я знал, что пациента следует медленно выводить из избавляющей от боли позиции, т.к. иначе боль вернется. Моим вторым случайным открытием стала локализация недостающих чувствительных к боли точек. До этого момента чувствительные задние паравертебральные точки вблизи больного места были единственно надежным диагнозом. Когда я смог их обнаружить, то тем самым подтвердилась локализация перегруженного сустава, а также успех лечения. Если лечение было успешным, значит, наиболее ощутимо уменьшилась боль, а также усилилась чувствительность вышеупомянутых точек. К сожалению, была обнаружена лишь половина всех чувствительных точек боли в спине.

Примерно через три года после того, как я приступил к лечению посредством снимающей боль позиции, настал мой второй счастливый день. У одного моего пациента были проблемы со спиной, ему было трудно выпрямляться. Я лечил его всего

только раз, и через три дня он настолько хорошо себя почувствовал, что смог снова работать в своем саду. Правда, вскоре он ударил себя в пах рукояткой мотыги и вызвал меня крайне обеспокоенный, т.к. страдал от мучительной боли. Он думал, что у него грыжа. Когда я обследовал его, то, несмотря на боль, не мог обнаружить никаких классических признаков грыжи в паху и успокоил его на этот счет. Но поскольку у него все равно настало время для повторного лечения спины, я предложил ему немедленное лечение, чтобы предотвратить дальнейший приступ.

И хотя к тому времени мне удалось сократить время лечения в снимающей боль позиции до 90 секунд, я, найдя для него безболезненную позу, исследовал помимо этого еще раз его болезненный пах. Боль в значительной степени прошла. Он был приятно удивлен, но этот феномен направил мои мысли в новом направлении. Могло ли оказаться так, что отсутствующие в задней паравerteбральной области чувствительные точки находились на передней части тела? В течение последующих трех лет я исследовал каждый квадратный сантиметр передней поверхности тела в поисках чувствительной к боли точки, и, наконец, нашел ее. Половина чувствительных точек находилась на передней поверхности тела, где редко бывают боли. Сейчас у меня появилась возможность быстро поставить точный диагноз. Доля моего успеха значительно увеличилась отчасти благодаря оптимальной диагностической технике. Снова моим исследованиям помогла счастливая случайность.

Чувствительные точки имеются не только при проблемах с позвоночником, скорее, они могут находиться вблизи любого сустава. В обоих случаях лечение отвечает тем же самым принципам. Различие состоит в том, что при лечении конечностей требуется гораздо большая амплитуда движения, чем при лечении позвоночника. Кроме того, можно лучше наблюдать за реакциями на движение.

БОЛЬ КАК РЕЗУЛЬТАТ ПЕРЕГРУЗКИ ИЛИ СЛЕДСТВИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ТКАНИ?

Предположение о том, что непрерывная боль вызвана перегрузкой, с трудом согласуется с гипотезой перманентного повреждения ткани. Если исходить из того, что боль, о которой сообщает пациент, является неким субъективным ощущением, на которое может оказывать влияние личность пациента, и потому эта информация ненадежна, а мы привыкли полагаться на объективные, признанные терапевтами аргументы, то, исходя из всего этого, можно заключить, что чувствительные точки, не обнаруженные терапевтом, могут рассматриваться в качестве объективного доказательства для диагноза. При этом чувствительные точки на руках и на ногах не расположены в поврежденной мышце, скорее, они находятся в ее антагонисте. Как правило, мышца-антагонист не была перегружена, скорее, испытывала в отличие от противоположной поврежденной мышцы лишь максимальное сокращение с последующим внезапным удлинением.

Пациенты рассказывали, что боль у них начиналась с повторного выпрямления. Если бы сильная неожиданная боль объяснялась повреждением перегруженной ткани, то эта боль, несомненно, проявилась бы в момент перегрузки, а не при повторном выпрямлении. Поскольку, кроме того, перегруженная мышца в течение нескольких

дней должна была бы подвергаться лечению, то наступившая впоследствии дисфункция должна быть связана с внезапным удлинением мышцы-антагониста после максимального сокращения. Следовательно, мышца-антагонист ведет себя так, словно она перегружена, даже если сустав находится в нейтральной позиции. Чем сильнее растягивается мышца, тем сильнее становятся болевые ощущения. Мгновенное снятие боли достигается в результате максимального сокращения антагониста слабой болезненной мышце и в результате повторного растяжения якобы поврежденной мышцы.

Если бы мышечная ткань действительно была повреждена, растяжение должно было бы усугубить это повреждение. Более того, ложный сигнал заканчивает чрезмерную перегрузку благодаря мышце-антагонисту, если она настолько сократится, что больше не сможет передавать чрезмерную нагрузку, даже если дисфункция существовала уже месяцы или годы. Тот факт, что в дальнейшем пациент ощущал боль и слабость на чрезмерно перегруженной стороне, является достаточным основанием для постановки якобы «официального» диагноза.

Предложение сделать не перегруженную мышцу-антагониста ответственной за проблему представлялось настолько нелогичным, что никто никогда его не исследовал.

Раз этот феномен встречается в суставах конечностей, то можно предположить, что он может иметь место и во всех суставах.

Моя ежедневная восьмичасовая работа с пациентами дала мне возможность наблюдать за функциями и дисфункциями перегруженного сустава. Научное объяснение этому было приведено лишь в статье доктора Корра «Proprioceptors and Somatic Dysfunction».

ОПРЕДЕЛЕНИЕ КОНТРСТРЕЙН

1. Уменьшение боли двигательного аппарата посредством установки сустава в положение наибольшего освобождения от боли.

2. Уменьшение ложных импульсов длительной нагрузки, возникающих вследствие дисфункциональных рефлексов проприоцепторов. Это происходит благодаря использованию силы в направлении, противоположном ложному импульсу нагрузки. При этом мышца с ложным импульсом настолько сокращается, что нагрузка дальше не распространяется. В нормальной позиции организм может испытывать многолетнюю боль, которую, тем не менее, можно устранить благодаря применению контрстрейн в течение 90 секунд.

ИСТОРИИ БОЛЕЗНЕЙ

Врач располагает обширной информацией о своих пациентах, которая довольно редко используется учеными. В крайнем случае, он временами имеет возможность наблюдать феномены, благодаря которым может познакомиться со своеобразием тех недугов, которые он лечит. Следующие истории болезней наглядно показывают, помимо всего прочего, временной момент начала длительной суставной дисфункции. Многие истории болезней предлагают важнейшую информацию для развития

определенной концепции. Однако довольно редко встречается такая история болезни, которая вместила бы в себя все аспекты одной концепции. Случай 1 является как раз одной из таких историй болезни.

Случай 1

Пациент, фабричный рабочий среднего возраста и весьма хорошего здоровья, имел привычку часок перед ужином вздремнуть на софе в гостиной. Много раз во время такого сна в положении на спине его правая рука свешивалась с софы в положении четкого вытяжения. (В течение 1 – 2 минут эта позиция отнюдь не обременительна, но в течение 45 минут она могла стать чрезмерной.) Однажды его жена случайно посмотрела на него. Обеспокоенная его позой, она, не решаясь будить мужа, медленно и осторожно подняла его руку и положила ему на грудь. Это повторялось много раз в течение нескольких лет, причем муж не замечал никакого растяжения в руке, просыпаясь к ужину. Однажды его жены не было дома, и он спал, как и прежде, со свесившейся рукой. Вдруг в его изголовье зазвонил телефон, мужчина вздрогнул и резко согнул руку в локтевом суставе. Во время телефонного разговора он почувствовал боль в правой двуглавой мышце. Он не был слишком чувствительным человеком, и не беспокоился до тех пор, пока боль постепенно не усилилась. Она постоянно возникала при сгибании локтевого сустава, особенно против сопротивления. Его работа на фабрике требовала именно такого движения, и он опасался потерять свое место. Постепенно его двуглавая мышца уменьшилась в размере и стала слабой. Поскольку мужчина был теперь очень обеспокоен состоянием своего здоровья, он консультировался со многими врачами, которые диагностировали перегрузку сустава. Рассматривалась возможность операции, которая не была проведена, т.к. осторожная пальпация не обнаружила никакой чувствительности при надавливании в болезненной области двуглавой мышцы. Мужчина мучился в течение двух лет, прежде чем обратился ко мне за консультацией. Подобно другим врачам, я также не смог обнаружить никакой чувствительности при надавливании на двуглавую мышцу. Все же пальпация обнаружила болевую чувствительность рядом с локтевым отростком, доказательство чрезмерной активности проприоцепторов в трехглавой мышце. Она никогда не была растянута, скорее, за длительное время лишь сократилась и затем молниеносно была растянута. Несмотря на боль в двуглавой мышце миофасциальная чувствительная точка находилась в трехглавой мышце.

Лечение состояло в позиционировании локтевого сустава в перерастяжение, причем двуглавая мышца растягивалась, а трехглавая могла максимально сокращаться. Если бы имелось повреждение ткани в двуглавой мышце, то состояние пациента значительно бы ухудшилось. Между тем, пациенту сразу же стало намного лучше, и он покинул клинику не испытывая боли. Дальнейшее лечение привело к полному выздоровлению без рецидива. Через шесть месяцев двуглавая мышца пациента снова стала такой же большой и сильной, как и прежде.

Этот случай лишь потому необычный, что он подчеркивает значение медленного возвращения из перегруженной позиции. Жена пациента об этом ничего не знала, она двигала руку мужа медленно, потому что боялась его разбудить. Но ее действия преследовали цель максимально предотвратить потенциальную дисфункцию сустава. Боль не возникала так долго потому, что жена пациента медленно возвращала его локтевой сустав из позиции перерастяжения в нейтральную позицию. Боль возникла при внезапном сгибании сустава, который при вытяжении

был растянута. Поразительно лишь то, что как наступившую впоследствии дисфункцию, так и ее чувствительную точку можно было обнаружить на задней части локтевого сустава, где ткань не была растянута.

Непосредственно перегрузка, боль и ощутимая слабость находились на передней поверхности локтевого сустава и в двуглавой мышце, но чувствительная точка располагалась на стороне сгиба локтевого сустава, в трехглавой мышце. Атрофия двуглавой мышцы возникла вследствие шадящего режима, однако мышца могла быть полностью восстановлена. Ни один врач до меня не подумал о том, чтобы исследовать заднюю часть руки.

Случай 2

Молодой человек бежал по лестнице с гладкими ступенями, такие лестницы можно найти при входе во многие официальные учреждения. Он бежал слишком быстро, и на край ступени наступал лишь пяткой своей левой ноги. Его лодыжка была сильно и болезненно растянута на сгибе. Боль продолжалась, и ему было трудно поднимать ногу. Он волочил ее по земле и периодически спотыкался. Для облегчения своего состояния он начал поднимать левое колено выше правого. Этого было вполне достаточно для того, чтобы пострадавшая ступня могла стоять, но при хождении он не мог ее поднять.

Ортопед предложил операцию в связи с разрывом связок. Пациент, которого напугала стоимость этой операции, проконсультировался у меня. При обследовании я не обнаружил никакой болевой чувствительности на передней области голеностопного сустава, правда, болевая чувствительность была в области рядом с прикреплением ахиллова сухожилия. Лечение состояло в позиционировании лодыжки в перерастяжение, что позволило максимально сократить *M. gastrocnemius*. Позиция сохранялась в течение 90 секунд и затем медленно вернулась к нейтральной. Еще двух сеансов лечения оказалось достаточно для того, чтобы достичь длительного освобождения от боли. Чувствительная точка как доказательство чрезмерной активности проприоцепторов вновь находилась на противоположной стороне от самого растяжения, от боли и от слабости. Снова при лечении растягивалась область мнимого разрыва связок.

Случай 3

Продавец пришел домой на обед раньше обычного. В ожидании он решил присесть на корточки, немного пополють сорняки. Спустя 45 минут он все еще не мог закончить. Когда жена окликнула его, он резко поднялся и почувствовал боль в области поясничного позвонка, которая не дала ему выпрямиться. Обследование обнаружило миофасциальную чувствительную точку в поясничной мышце. Лечение состояло в сильном сгибании тораколумбальной области до тех пор, пока боль не утихла. Позиция сохранялась в течение 90 секунд, прежде чем вернулась к нормальной. Хотя боль была в спине, там не было ни одной дополнительной чувствительной точки. Если принять во внимание, что 45-минутное положение на корточках было достаточной нагрузкой для любого продавца, то перегрузка, несомненно, должна была возникнуть в нижней части позвоночника. Очевидно, произошло отдельное повреждение поясничной мышцы в связи с длительным сокращением и внезапным удлинением. Одного сеанса лечения оказалось достаточно, чтобы пациент смог ходить.

Случай 4

Семидесятилетняя дама случайно засыпала, сидя в кресле, и внезапно проснулась, поднимая упавшую на грудь голову. После одного особенно длительного сна с наклоненной головой она внезапно проснулась и почувствовала, что больше не может держать голову прямо из-за сильной боли в нижней шейной области с иррадиацией в верхней плечевой области. Сзади, где была боль, я не мог найти ни одного чувствительного надавливания, но гиперчувствительность отчетливо наблюдалась в *Fossa jugularis*, что указывало на дисфункцию на вершине первого торакального межпозвоночного сустава. В то время как пациентка сидела и держала руки скрещенными над головой, не составило труда достичь сильного сгибания шейно-торакального отдела в такой позиции. Она продолжалась в течение 90 секунд, а затем медленно перешла к нейтральной. Это сняло боль. У пациентки в течение нескольких месяцев были рецидивы. Мне кажется, что причина этого в повторении первоначальной перегрузки, т.е. имеется в виду сон и внезапное вскакивание. Окончательного исцеления не наступало.

В двух первых случаях истории болезни протекали одинаково — длительная перегрузка и внезапное выздоровление. Независимо от типа перегрузки, была она продолжительной или внезапной и насильственной, лечение подчинялось одинаковому образцу.

1.2. КОНЦЕПЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ

В первые годы моей терапевтической практики меня вводил в заблуждение наряду с прочим тот факт, что мы не знали точную причину заболевания и каким образом она могла бы влиять на лечение. Мы полагали, что перегрузка вызывала некий тип механического нарушения функции в самом суставе, но не в виде полного смещения, а, скорее, подвывиха. Нам было известно, что сустав после перегрузки невозможно полностью вывести из этой позиции без боли. Однако пассивно он мог безболезненно двигаться в направлении перегрузки. Уже один этот факт, коль скоро речь зашла о перегруженной ткани, должен был бы заставить нас усомниться в наших убеждениях. Это было точно движение в противоположном, болезненном направлении, и мы предположили, что что-то торчит так основательно, что из-за склеивания или блокады в суставе больше не может двигаться назад.

Один опытный патолог исследовал многие препараты пациентов, которые незадолго до смерти страдали от хронических болей в спине. Он исследовал все суставные ткани сразу же после смерти, как макроскопически, так и микроскопически, и не обнаружил никакого доказательства блокады или ограничения в движении. Тем самым, единственной причиной оставались хронически сжатые мышцы, которые при наступлении смерти расслаблялись, пока не наступал *Rigor mortis*.

Этот ученый опроверг наше предположение о блокаде и о подвывихе. Из-за этого мы вновь были отброшены назад, но он внес важный вклад в представление о боли в двигательном аппарате. К сожалению, я не смог узнать его имени.

ПОВРЕЖДЕНИЕ ИЛИ ДИСФУНКЦИЯ

Многие годы причину болезни искали в повреждении. Врачи стремились обнаружить нечто осязаемое с помощью рентгеновского исследования, ультразвука или ядерной спинотомографии. В своих исследованиях я использовал все эти методы, но ни один из них не мог выявить дисфункциональный рефлекс. Кроме того, зачастую было довольно непросто обнаружить повреждение у пациентов, страдающих от боли в двигательном аппарате. Правда, для врачей представление о повреждении настолько важно, что они рассматривали боли у страдающих пациентов в качестве психосоматических, поскольку не могли найти повреждения. Когда большинство врачей ставили этот диагноз, то пациенту следовало думать, что испытываемая им боль — это всего лишь плод его воображения. Но если он не испытывал облегчения, то теперь он уже страдал и от ятрогенного невроза. Некоторые пациенты, которым я помог, были счастливы как от освобождения от боли, так и от доказательства того, что их боль была не воображаемой.

Протекание болезней, которые постоянно возвращались и никогда полностью не затихали, гораздо меньше подходит под представление о повреждении, чем под представление о прогрессирующем процессе. Так, часть тела, которая во время исследования не испытывала нагрузки, реагировала так, словно бы подвергалась этой нагрузке. Реакция на изменение позиции также соответствовала представлениям человека о фактической перегрузке. Если эта нагрузка не была реальной, она все-таки воздействовала на часть тела так, словно была на самом деле. Остеопатические терапевты постепенно приняли представление о дисфункции или нарушении снаружи собственно сустава — чувство длительной перегрузки. Поскольку было ясно, что постоянный нейромышечный рефлекс не проявился бы при повреждении.

Мы так долго верили в повреждение, что было настоящей ересью предположить, что причина всех болей и недомоганий находится не на стороне перегруженной мышцы, хотя она при сжатии болит, особенно против сопротивления. Казалось, что я испытывал длительное повреждение — перегрузку, которую ни разу не лечил, хотя не существовало никакого видимого доказательства перегрузки или реального повреждения.

Явно перегруженная мышца была слабой. Она болела при нажатии. Правда, мы заметили, что действительно освобождающая от боли позиция не сокращает мышцу, а скорее, ее снова расслабляет. Следовательно, наши отдельные логические выводы должны были оказаться неверными. Утешительным представлялась неожиданная разгадка — растяжение болезненной мышцы. Пассивное сокращение, напротив, усиливало боль. Когда мы утверждали, что это не только перегрузка, поскольку подобная перегрузка вылечивалась за короткое время, вместо того чтобы стать хронической, то наши выводы подтвердились. Успехи лечения в прошлом миллионы раз подтвердили правильность наших выводов, и в будущем их также можно будет использовать. Однако может показаться нелогичным, что многие по-прежнему сомневаются в этом. Многие пациенты избежали операции по «разрыву связок» только потому, что хирург не нашел никакого основания для разрыва связок там, где оно должно было быть. Насколько мне известно, ни один из хирургов не задумывался о том, чтобы исследовать противоположную сторону сустава, где они с легкостью обнаружили бы болевую область.

1.3. ДОКАЗАТЕЛЬСТВА И ВЫВОДЫ

РАБОТА ИРВИНА М. КОРРА, Ph.D.

Все упомянутые наблюдения не объясняют протекающих процессов или вида дисфункции. Как возникает дисфункция и почему перегружен антагонист мышцы? Что точно можно считать дисфункциональным? На эти вопросы, наконец-то были даны ответы в статье физиолога Ирвина М. Корра, Ph. D.¹ Корр объяснял: «Любому физиологу кажется понятным, что ограничение и затруднение движения сустава, которыми характеризуется остеопатическое повреждение, возникают не внутри сустава, а скорее, вызываюся одной или несколькими мышцами, пролегающими через сустав и приводящими этот сустав в движение».

В статье дается краткое представление о рефлексах проприоцепторов и об их физиологическом функционировании. Он описывает тельца Руффини и связочный аппарат Гольджи. Первичные или спиралевидные проприоцептивные рефлекссы в мышечном веретене он называет основной причиной дисфункции. Согласно его гипотезе, дисфункция возникает в результате повышенной гамма-активности в реакции на кратковременную ошибочную проприоцептивную подачу от веретена чрезмерно сокращенной мышцы-антагониста.

Это вызывает непропорциональное увеличение активности первичных проприоцептивных рефлекссов в этом мышечном веретене. Когда мышца вновь растягивается, она усиленно реагирует и сообщает о гиперрасслаблении прежде, чем оно фактически наступает.

На основании моего многолетнего опыта, связанного с необходимостью медленно возвращать мышцу из снимающей боль позиции в позицию нейтральную, я особенно порадовался следующему отрывку из статьи Корра: «Особого упоминания заслуживает характеристика. Хотя оба типа (проприоцептивных) нервных окончаний более или менее пропорционально реагируют на длительность, первичное (спиралевидное) окончание обладает дополнительным свойством, а именно тем, что частота импульсов во время растяжения пропорциональна скорости изменения. То есть если вторичные окончания в любое время сообщают о длительности, то первичные, напротив, сообщают как о скорости растяжения (то есть движение сустава), так и о длительности растяжения (то есть суставная позиция)».

ВЫВОДЫ, МОИ ПРЕДПОЛОЖЕНИЯ

Несмотря на то что мои первоначальные отдельные наблюдения не образовали никакой концепции, благодаря открытиям Корра они образовали некую целостность.

1. Речь идет не о повреждении, а скорее, о непрерывном разрушительном процессе.

2. Для успешного лечения чрезмерно сокращенная мышца должна быть возвращена в нейтральную позицию.

¹ Корр, I.M.: Proprioceptors and Somatic Dysfunction. 1975.

3. Несмотря на субъективно ощущаемую боль и слабость в чрезмерно расслабленной мышце имеется объективное доказательство (давящая боль, сокращение, припухлость) в антагонисте больной мышцы.

4. Снимающая боль позиция и продолжительное облегчение достигаются благодаря максимальному сокращению мышцы-антагониста и новому растяжению болезненной мышцы. После этого мышца медленно возвращается к нормальной длине. Медленное возвращение препятствует повторному возникновению дисфункции.

Как возникает это продолжительное сообщение о чрезмерной перегрузке? Первичный проприоцептор в мышце-антагонисте быстро удлиняется из положения максимального сокращения, а именно, так быстро, что он сообщает о перегрузке прежде, чем снова может достичь нейтральной длины. С этого момента он сообщает о несуществующей чрезмерной перегрузке, и сустав ведет себя как при перегрузке реальной. Это ведет к раздражению сустава и поэтому довольно болезненно.

Лечение посредством контрастрейн использует максимальное сокращение сообщающего о перегрузке проприоцептора для того, чтобы блокировать этот процесс. Ложное сообщение о перегрузке пресекается, а вместе с ним прекращается раздражение и боль. Если оно не будет остановлено, то может привести, как и другие хронические раздражения и воспаления, к дегенерации. Затем возникают воспаление и всякого рода дегенеративные повреждения, возникающие не вследствие травм, а, скорее, из-за сустава, который ведет себя как при длительной перегрузке. Собственно лечения не происходит, оно блокирует раздражение, и организму предоставляется возможность лечить себя самому. Если раздражение впредь не повторится, то это даст организму возможность мобилизовать свои собственные целительные силы.

Мои предположения лишь в незначительной степени отличаются от открытий Корра.

2. Физиология

2.1. ФИЗИОЛОГИЯ МАНИПУЛЯЦИИ

Edward K. Goering, DO, DVM, MSHPE

Прежде чем подготовиться к технике, необходимо понять физиологию возникновения остеопатического соматического повреждения. Это «повреждение» обладает свойствами, которые мы все можем использовать, а именно: изменение структуры ткани, асимметрия, ограничения движения определенных мышц и суставов и боль при пальпации. Все эти принципиальные изменения являются физиологическими формами проявления соматической дисфункции и ощущаются как чувствительные к боли точки. Это понятие позволяет нам применять техники стрейн-контрстрейн.

АНАТОМИЧЕСКИЕ СТРУКТУРЫ

Принимая во внимание иннервацию суставной капсулы, таблица 2.1 показывает результаты нейрогистологического исследования, сделавшего возможным изучение этих суставных рецепторов. (Wyke и Polacek, 1973¹ и 1975; Freeman и Wyke²; Vrettos и Wyke, 1979³.) Каждый из этих рецепторов играет важную роль в соматической дисфункции, которая в концепции стрейн-контрстрейн представлена как чувствительная точка.

МЕХАНОРЕЦЕПТОРЫ

Тип I

Эти тонкие рецепторы, заключенные в капсулы, медленно адаптируются и имеют четко выраженные нервные пути малого диаметра. Они вызывают торможение ноцицептивных путей (боль) в области спинного мозга. Это медленно адаптирующиеся статические и динамические механорецепторы с низким порогом раздражения. Они влияют на тонические ответы рефлексов в мышцах шеи, конечностей, челюсти и глаз. Кроме того, они имеют сенсорные задачи для осанки, восприятия движения и проприоцепции.

¹ Wyke, B. D., Polacek, P.: Structural and Functional Characteristics of the Joint Receptor Apparatus. 1973. Wyke, B. D. Polacek, P.: Articular Neurology – The Present Position. 1975.

² Freeman, M. A. R., Wyke, B. D.: The Innervation of the Knee Joint. 1967.

³ Vrettos, X. C., Wyke, B. D.: Articular Reflexogenic Systems in the Costovertebral Joints. 1979.

Таблица 2.1. Морфологические и функциональные свойства симптомов рецепторов сустава (Wyke, 1979, Freeman and Wyke, 1967).

Тип	Морфология	Положение	Тип нервных волокон	Поведение	Функция
I	Окруженная тонкой капсулой частица шарообразной формы (100 μm x 40 μm), в скоплениях по 3–8	фиброзная капсула сустава (верхние поверхностные слои)	малый диаметр (6–9 μm), четко выраженная	статические и динамические механорецепторы: низкий порог импульсов, медленно адаптирующиеся	<ul style="list-style-type: none"> • тонические рефлексогенные эффекты на мышцы шеи. Восприятие осанки и движения. • Подавление боли
II	Заключенная в толстую капсулу частица зонической формы (280 μm x 100 μm), единичная или в скоплениях по 2–4.	фиброзная капсула сустава (глубокие слои). Суставная жировая подушка	средний диаметр (9–12 μm), четко выраженная	Динамические механорецепторы: Низкий порог импульсов, быстро адаптирующаяся	<ul style="list-style-type: none"> • фазические рефлексогенные эффекты на мышцы шеи, конечностей, челюсти и глаз. • Подавление боли
III	Соединенная частица (600 μm x 100 μm), большей частью единичная, но также и в скоплениях по 2–3	Связки, а также в пограничных сухожилиях	Большой диаметр (13–17 μm), четко выраженная	Механорецепторы: высокий порог импульсов, очень медленно адаптирующиеся	—
IV	Трехразмерное сплетение невыраженных нервных волокон	Весь объем суставной капсулы. Стенки сосудов сустава, суставная жировая подушка	Очень малый диаметр (2–5 μm) четко выраженная и невыраженная	ноцицепторы (возбуждающие боль): высокий порог импульсов, очень медленно адаптирующиеся	<ul style="list-style-type: none"> • тонические рефлексогенные эффекты на мышцы шеи, конечностей, челюсти и глаз. • снятие боли • респираторный и кардиоваскулярный рефлексогенный эффект

Тип II

Эти толстые рецепторы, заключенные в капсулы, они быстро адаптируются и имеют четко выраженные нервные пути среднего диаметра. Они подавляют болевые импульсы. Они служат в качестве динамических механорецепторов с низким порогом раздражения и быстро адаптируются. Они влияют на фазические ответы рефлексов в мышцах шеи, конечностей, челюсти и глаз.

Тип III

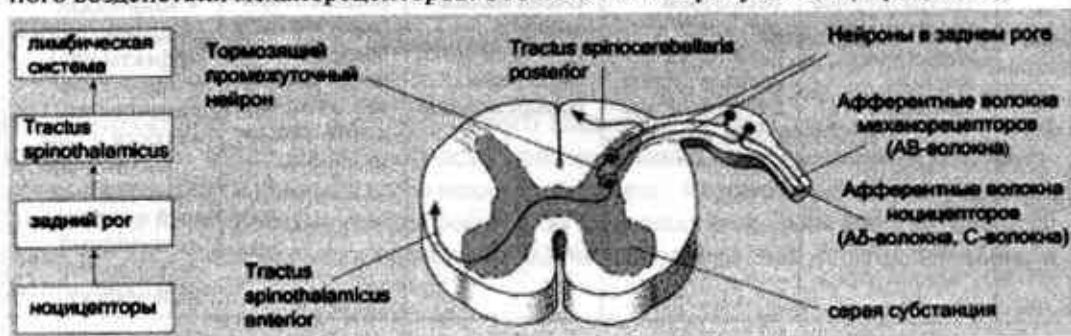
Эти рецепторы являются соединенными мышечными веретенами с четко выраженными нервными путями большого диаметра. Это механорецепторы с высоким порогом раздражения, очень медленно адаптируются и локализуются в связках и сухожилиях. При этом их форма напоминает связочный аппарат Гольджи, и можно предположить, что они выполняют похожую функцию. Они имеют тормозящий эффект на мотонейронах (Freeman and Wyke, 1967⁴).

НОЦИЦЕПТОРЫ**Тип IV**

Эти рецепторы имеют высокий порог раздражения и представляют собой не адаптирующееся трехразмерное сплетение невидимых нервных волокон, которые могут находиться везде: в капсуле сустава, в стенках кровеносных сосудов и в суставных жировых подушках. Они могут стимулироваться посредством постоянного давления, так, например, в результате уменьшения соединительных дисков, дислокации суставов или в связи с раздражением ткани в результате метаболических процессов или из-за хронического воспалительного процесса. Эти рецепторы имеют миелинизирующие и немиелинизирующие нервные волокна очень маленького диаметра. Они влияют на тонические ответы рефлексов мышц шеи, конечностей, челюсти и глаз.

ИННЕРВАЦИЯ СУСТАВНОЙ КАПСУЛЫ

Иннервация суставной капсулы — это сбалансированное взаимодействие механорецепторов и болевого раздражения. Для заднего рога спинного мозга было показано, что механорецепторы при нормальных физиологических условиях активизируются с помощью значительно меньшего раздражения, чем ноцицепторы. Этот процесс требует повышенной импульсной доли ноцицепторов для преодоления амортизационного воздействия механорецепторов. Это показано на рисунке 2.1 (Wyke, 1979).

**Рис. 2.1:**

Волокна ноцицепторов и механорецепторов в области заднего рога (по Вику 1979).

⁴ Freeman, M. A. R., Wyke, B. D.: The Innervation of the Knee Joint. An Anatomical Study in the Cat. 1967.

Для восприятия боли раздражение должно проводиться через Nucleus basalis spinalis (тонкий пласт (Lamina IV и V по Rexed). Механорецепторы оказывают амортизирующий эффект на ноцицептивную подачу через промежуточные нейроны. Тем самым эффективно блокируется дальнейшее поступление информации к Tractus spinothalamicus и к лимбической системе. (Wyke, 1979⁵, Bonica и Albe-Fessard, 1980⁶). Свой тормозящий эффект промежуточные нейроны, предположительно, имеют через эндогенный энкефалин (Enkephalin), который служит в качестве тормозящего нейротрансмиттера.

Стимуляция типа II- механорецепторов ведет к существенному повышению уровня энкефалина в заднем роге (Wyke, 1983⁷).

Вполне возможно, что опиоиды на основании того же механизма имеют успокаивающий боль эффект.

Wyke показал, что по сравнению с ноцицепторами для активизации механорецепторов необходимо меньшее электрическое напряжение. Sato (1975⁸) произвел похожие наблюдения. Кроме того, на основании клинических наблюдений была установлена связь между изменениями мягких тканей, сегментальными (соматическими) дисфункциями и болезнями внутренних органов (Beal и Dvorak, 1984⁹; Larson, 1976¹⁰).

Korr¹¹ и Denslow открыли и документально зафиксировали связь между соматической дисфункцией и симпатической нервной системой, то есть концепцию, которая в то время была признана остеопатами. Это изменяемая неврологическая связь, так называемый облегченный сегмент, пожалуй, как нельзя лучше объясняет возникновение чувствительной к боли точки. Чувствительная к боли точка — это проявление облегченного сегмента, что, в свою очередь, является выражением соматической дисфункции, которую часто можно обнаружить с помощью изменений структуры ткани, асимметрии, изменений подвижности и давящей боли как непосредственно в области дисфункции, так и в прилегающей к ней чувствительной точке концепции стрейн-контрстрейн.

Хронические боли могут быть причиной продолжительных изменений в поврежденной области.

⁵ Wyke, B. D.: Neurological Mechanisms in the Experience of Pain. 1979a.

⁶ Bonica, J. D., Albe-Fessard, D.: Advances in Pain Research and Therapy. 1980.

⁷ Wyke, B. D.: Neurological Mechanisms in the Experience of Pain. 1979a.

⁸ Sato, A.: The Somato-Sympathetic Reflexes; their Physiologic and Clinical Significance. 1975.

⁹ Beal, M. D., Dvorak, J.: Palpatory Examination of the Spine: A Comparison of the results of two methods. Relationship of Segmental (Somatic) Dysfunction to Visceral Disease. 1984.

¹⁰ Larson, L. N.: Summary of Side and Occurrence of Patients in the Intensive Care Unit. 1976.

¹¹ Korr, I. M.: Proprioceptors and Somatic Dysfunction. 1975.

Таблица 2.2. Свойства медленно сокращающегося типа волокон I и быстро сокращающегося типа волокон II.

Свойства	Тип мышечного волокна	Тип мышечного волокна
Флексия	Тип I волокна	Тип II волокна
Функция	Тоническая (осанка)	Фазическая
Скорость сокращения	Медленно	Быстро
Метаболизм / фермент	Окисленный	Гликолитический
Миозин АТРазе	Низкая активность	Высокая активность
Степень усталости	Медленно	Быстро
«Цвет»	Красный	Белый
Плотность капилляров	Высокая	Низкая
Количество веретен	Высокое	Среднее
Иннервация	A2-мотонейрон	A1-мотонейрон
Реакция на функциональное нарушение	Сокращение	Слабость

ФИЗИОЛОГИЯ МЫШЦ И НЕЙРОЛОГИЧЕСКИЕ СВЯЗИ

ХАРАКТЕРИСТИКА ТИПОВ МЫШЦ

У человека имеется два типа мышц. Каждый из них обладает собственной характеристикой, как видно из таблицы 2.2¹². Каждая мышца обладает различными компонентами этих свойств. Каждый такой компонент фактически устанавливается через использование и функцию мышцы. Опорные мышцы, которые еще называются тоническими, имеют большую долю медленно сокращающегося типа I (красных) волокон. Фазические мышцы имеют большую долю быстро сокращающихся волокон типа II (белых). Физиология каждой мышцы большей частью определяется функцией мышцы.

Тип волокон II имеет высокое содержание гликолитических ферментов и обнаруживает большую активность миозина АТРазе. Их обмен веществ анаэробный. В этих волокнах накапливается молочная кислота, и они утомляются быстрее опорных мышц. Опорные мышцы, напротив, имеют много окислительных ферментов и мало гликолитических. Они получают энергию из анаэробных процессов, состоящих преимущественно из обмена жира и гликогенов. Этот процесс обмена веществ ведет лишь к очень низкому производству молочной кислоты. Этот тип волокон, в отличие от типа II, сопротивляется усталости и обладает необходимой для опорных мышц выносливостью.

¹² Dvorak, J., Dvorak, V.: Manual Medicine. 1990.

Снабжение кровью и нервами также отличается. Тип волокон I имеет более разветвленную сеть капилляров, чем тип II, и иннервируется с помощью волокон альфа-2 с высокой концентрацией волокон, имеющих веретена. Тип волокон II иннервируется посредством волокон альфа-1 и имеет гораздо меньшее количество мышечных веретен (Richmond и Abrahams, 1979¹³). Это неодинаковое распределение мышечных веретен является, вероятно, проявлением различных функций мышц.

Из этого физиологического и анатомического различия возникает различная ответная реакция на раздражение. Волокна типа I реагируют сокращением, а волокна типа II — утомлением. Эти изменения крайне важны для понимания контрстрейн.

Фазические мышцы с чувствительными точками часто обнаруживают слабость после напряжения. Опорные мышцы с чувствительными точками напряжены и лечатся посредством сокращения поврежденной мышцы.

Афферентное раздражение в мышце воспринимается одним из пяти рецепторов. Это мышечные веретена, аппарат Гольджи, тельца Фатера-Пачини, свободные нервные окончания (ноцицепторы, тип IV) и механорецепторы (тип III).

Для того чтобы правильно понять физиологию манипуляций, абсолютно необходимо познакомиться с функцией мышечного веретена и Гольджи-аппарата, действующих в качестве регистрирующих напряжение рецепторов.

МЫШЕЧНОЕ ВЕРЕТЕНО

Мышечные веретена очень чувствительно реагируют на изменение длины. Когда они достаточно растянуты, то вызывают рефлекторное сокращение данной мышцы и одновременно поддерживают реципрокное торможение мышцы-антагониста. Эти специализирующиеся волокна являются составной частью упрощенного сегмента остеопатической медицины.

Мышцы, обеспечивающие мелкие и скоординированные движения, имеют характерную более высокую плотность мышечных веретен, чем мышцы, отвечающие за грубые движения. Так, малые подзатылочные мышцы имеют приблизительно 150 — 200 мышечных веретен на один грамм мышечной ткани, тогда как *V. rectus femoris* содержит лишь 50 мышечных волокон на 1 грамм мышечной ткани (Richmond and Abrahams, 1979¹⁴).

Чрезвычайно высокое содержание мышечных веретен можно найти в параспинальной мускулатуре, а именно, от 200 до 500 мышечных веретен на 1 грамм мышечной ткани. Эта плотность находится фактически в области волокон типа I. Тем самым вновь подтверждается связь между соматической дисфункцией и клиническим опытом. Опорные мышцы сокращаются при усиленной стимуляции, фазические мышцы становятся слабее.

Мышечное веретено состоит из 3 — 8 тонких, специфических мышечных волокон, называемых интрафузальными волокнами. Они уложены в виде сети в каждом брюшке мышцы. Отдельные веретена проходят параллельно с группами мышечных волокон, сконцентрированных вокруг волокон типа I. Эти интрафузальные волокна окружены

¹³ Richmond, F. J., Abrahams, V. C.: What are the Proprioceptors of the Neck?

¹⁴ Richmond, F. J., Abrahams, V. C.: там же.

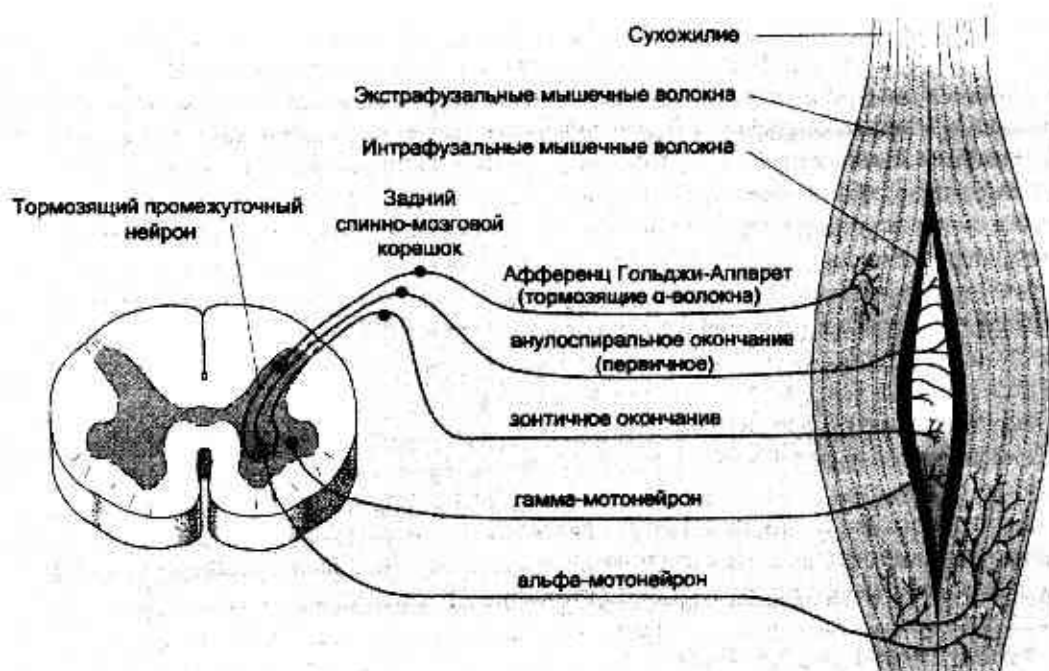


Рис. 2.2.

Мышечное веретено (схема по Е.К. Герингу, доктору остеопатии)

скелетной мускулатурой, так называемыми экстрафузальными волокнами. Общее единство содержит анулоспиральные нервные окончания (Ia афферентные нервные окончания), зонтичные окончания (II афферентные нервные окончания), альфа и гамма рефлекторные ответы и интрафузальные волокна (рис. 2.2).

Целостности мышечных веретен не свойственно растяжение и скорость изменения. Аппараты Гольджи (тип Ib афферентных нервных окончаний) уложены в мышечно-связочном переходе к дистальному концу мышцы. Эти рецепторы измеряют мышечное напряжение и являются более чувствительными к растяжению во время сжатия. Если поступает достаточное количество импульсов от аппаратов Гольджи, то это приводит к торможению иннервируемой мышцы и ее синергиста, а также к активизации антагониста (Granit, 1955, 1975 118 – 119^{15,16}).

ФУНКЦИЯ МЫШЕЧНОГО ВЕРЕТЕНА, АЛЬФА-ГАММА КОАКТИВИРОВАНИЕ

Находящиеся в мышечных волокнах комплексные мышечные веретена производят важнейшую обратную связь из мышц (рис. 2.3): большой анулоспиральный афферентный нерв (Ia волокно) имеет волокна, которые обвиваются вокруг каждого

¹⁵ Granit, R.: Receptors and Sensory Perception. 1955.

¹⁶ Granit, R.: The Functional Role of Muscle Spindles—Facts and Hypothesis. 1975.

мышечного веретена (интрафузальное мышечное волокно). Второе афферентное нервное волокно (Ib волокно), зонтичное сенсорное окончание, находится вблизи от основных регионов аппарата веретена. Оба эти волокна переносят информацию о длине волокна (величине сжатия) в зависимости от величины растяжения, а также о степени растяжения (скорости). Причем эта переносная функция, альфа-гамма коактивирование, гарантирует, что афферентные рецепторы могут вмешиваться в циркуляцию рефлексов и вызывать рефлекс растяжения обратной связи, который здесь снова вызывает сжатие основания мышцы. Одновременно при этом вызывается реципрокное торможение антагониста.

Рис. 2.3 Гасслера дает читателю представление о деталях этого процесса (Hassler, 1981¹⁷). Стимуляция афферентных нейронов гамма-2 приводит к сжатию интрафузального волокна. Возникающее в результате напряжение передается спинному мозгу через тип II центростремительных волокон и таким образом активизирует альфа-рефлекторный ответ, вследствие чего тонус в фазических мышцах повышается. Кроме того, альфа-2 рефлекторные ответы оказывают влияние на опорную мускулатуру.

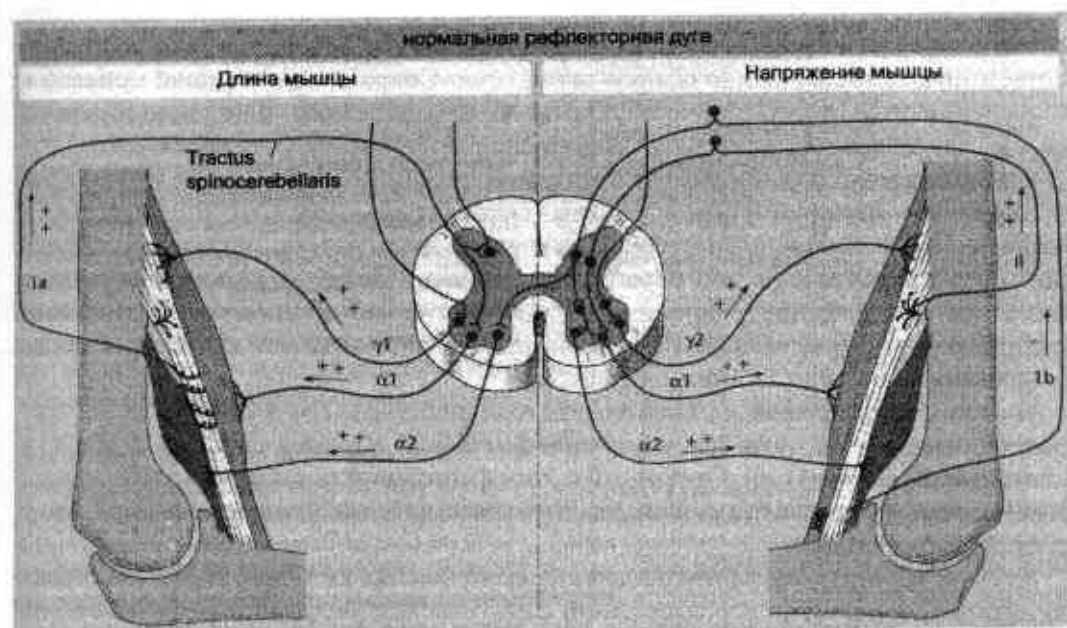


Рис. 2.3.

Контроль мышечной длины (слева) и мышечного напряжения (справа) с соответствующими рефлекторными дугами (по Гасслеру).

Длина мышцы будет соответствовать длине цепных ядерных волокон под влиянием тонического раздражения от гамма-2 рефлекторных ответов. Эта подача возникает из вышестоящих нервных центров. Сжатие экстрафузального волокна расслабляет веретено или перемещает его в расслабленное состояние, в результате чего снижается

¹⁷ Hassler, R.: Neuronale Grundlagen der spastischen Tonussteigerung. 1981.

доля импульса анулоспиральных нервных окончаний. Это вновь сокращает размер сжатия и создает тем самым идеально сбалансированное равновесие, которое контролирует как скорость, так и объем движения. Посредством растяжения обоих элементов сжимаются экстрафузальные волокна, в результате чего тонус как опорных, так и фазических мышц повышается со следующим долгожданным эффектом: в то время как в фазических мышцах вызывается слабость, в опорной мускулатуре вызывается повышенный тонус с напряжением.

Защищенной оказывается анатомическая целостность структуры посредством связочного аппарата Гольджи, оказывающего четкое тормозящее влияние на альфа-1 и альфа-2 волокна, если здесь размер растяжения становится слишком большим. Иногда это также называется «рефлекс ослабления напряжения».

В результате мышечное напряжение находится под влиянием двойного механизма контроля — аппарата веретена и вторичного рефлекса ослабления напряжения. Оба помогают регулировать напряжение и контролировать движение.

Изучение отдельного анулоспирального окончания, как и всего первичного региона, дали следующие наблюдения: тетаническая стимуляция отдельного мышечного веретена или гамма рефлекторного ответа вызвало повышенную долю импульса соответствующего анулоспирального окончания. Сокращение веретена привело к уменьшению доли импульса (Dvorak, Dvorak, 1990¹⁸). Это снова уменьшило обратную связь между аппаратом веретена и экстрафузальными мышечными волокнами.

В одной из работ о феномене чувствительности описаны привыкание и фиксация (функция запоминания спинного мозга (Groves и др., 1968¹⁹, 1970²⁰; Patterson и Steinmetz, 1986)²¹. Согласно этой теории, некоторые движения, как, например, ложный шаг, могут привести к легкой перегрузке. Но также может возникнуть серьезное мышечное повреждение, нарушающее равновесие между проприоцептивными механизмами и вышестоящими центрами центральной нервной системы, а также согласованность в области спинного мозга.

Наряду с исследованием Корра и Денслова (пересмотрено в 1975)²² это подчеркивает повышенную долю импульса симпатической нервной системы в области соматической дисфункции. Связанный с этим феноменом повышенный мышечный тонус частично показывает, как возникла соматическая дисфункция и благодаря этому будет поддерживаться.

А сейчас обратим наше внимание на еще один фактор, который, вероятно, играет важную роль в развитии и поддержании соматической дисфункции, а именно, на ноцицептивную подачу.

¹⁸ Dvorak, J., Dvorak, V.: там же.

¹⁹ Groves, P. M., Lee, D., Thompson, R. F.: Effects of Stimulus and Intensity on Habituation and Sensitization in Acute Spinal Cat. 1968.

²⁰ Groves, P., Thompson, R. F.: Habituation. A Dual-Process Theory. 1970.

²¹ Patterson, M. M., Steinmetz, J. E.: Long-Lasting Alterations of Spinal Reflexes: A Potential Basis for Somatic Dysfunction. 1986.

²² Beal, M. D., Dvorak, J.: Palpatory Examination of the Spine: A Comparison of the results of two methods. Relationship of Segmental (Somatic) Dysfunction to Visceral Disease. 1984.



Рис. 2.4.

Действие ноцицептивной подачи на мышечные волокна (схема модифицирована по Шмидту).

НОЦИЦЕПТИВНАЯ ПОДАЧА И МЫШЕЧНЫЙ ТОНУС

Ранее уже была описана иннервация мышц. Ia центrostремительные волокна заботятся о подаче информации из первичного аппарата мышечного веретена. Ib центrostремительные волокна заботятся о подаче информации из связочного аппарата Гольджи. Центrostремительные волокна типа II иннервируют дистальные окончания интрафузальных волокон и одновременно сообщают о напряжении аппарата веретена. Наряду с этим имеются свободные нервные окончания, называемые ноцицепторы. Об этих волокнах известно очень мало. Считается, что они фиксируют действительные повреждения ткани или токсичные воздействия. Менс (1977)²¹ открыл, что ноцицепторы мышц не составляют никакой единой группы. Они могут активизироваться как в результате химического влияния (брадикинин, калий, серотонин и недостаток кислорода), так и в результате механического влияния (посредством импульса,

²¹ Mens, S.: Nervous Outflow from Skeletal Muscle-Following Chemical Noxious Stimulation. 1977.

вызванного продолжительным сжатием мышцы или в результате ишемических изменений, в целом возникающих из-за избытка метаболитов).

На рис. 2.4 Шмидт и др. (1981)²⁴ показывают, что при стимуляции малых волокнистых мышечных центростремительных волокон ноцицептивная подача информации (тип III и тип IV) непосредственно влияет на альфа и гамма волокна. Было показано, что эта подача обладает характерной интенсивностью.

Из этих данных мы можем заключить, что афферентные волокна малого диаметра могут оказывать невероятный эффект на длину, место и интенсивность мышечного тонуса. Результаты опытов над животными наглядно показывают, что стимуляция рецепторов посредством боли и хронического раздражения малых афферентных волокон (тип III и тип IV) и их непосредственная подача на альфа-гамма обратную связь могут как вызывать соматическую дисфункцию, так и поддерживать ее.

Если рассматривать эти различные влияния, то можно установить, что изначально повышенный тонус соматической дисфункции может возникать по-разному. Висцеральная боль и висцеро-соматическое восприятие боли могут влиять на увеличение симпатической частоты импульсов, в результате чего мышечный тонус на вершине пострадавшего сегмента повышается и, вероятно, остается таковым. Общее напряжение пациента также может привести к отчетливому повышению симпатического тонуса, который хотя и не вызывает никакого специфического изменения альфа-гамма обратной связи, но, несомненно, создает предпосылку для этого. Если вникнуть в теорию привыкания и сенсбилизации, то можно представить, как кратковременное изменение может возникать в альфа-гамма обратной связи и сохраняться в соответствующем окружении. А именно, через позитивное обратное воздействие на тонус, повышающийся в результате болевого восприятия, и на связанную с этим патологию. В конце концов, с клинической и научной точки зрения, вполне возможно, что травма также является причиной и поддерживающим фактором измененного тонуса.

Этот позитивный механизм обратного связывания наглядно представлен на рисунке 2.4. Первичный фактор повреждения, например, ложный шаг, болезнь внутренних органов (инфаркт миокарда, синдром раздражения кишечника), сильное мышечное растяжение без соответствующего лечения или острое восприятие боли, которое выводит из равновесия нормальную альфа-гамма обратную связь, начинает возбуждать процесс через стимуляцию ноцицепторов. Это снова ведет к повышенной доли импульса гамма мотонейронов, которые впоследствии вызывают повышенное напряжение в мышечном веретене. Это повышенное напряжение служит причиной повышенной доли импульса Ia и II центростремительных волокон, связанных с подъемом доли импульса альфа мотонейрона. Увеличение доли импульса вызывает подъем экстрафузального тонуса волокон как следствие хронического раздражения от длительного повреждения и соматической дисфункции, выявляющих в конце концов патологическое состояние. Фассбендер (1980)²⁵ сообщает об изменениях одного регрессирующего мышечного повреждения, вызванного хроническим воспалением мышц и связок.

²⁴ Schmidt, R. F., Kniffki, K. D., Schomburg, E. D.: Der Einfluss kleinkalibriger Muskelafferenzen auf den Muskeltonus. 1981.

²⁵ Fassbender, H. G.: Der Rheumatische Schmerz. 1980.

«Нервная мнимая информация» позитивной петли обратной связи Шмидта (1981)²⁶ оканчивается в описанных Фассбендером (1980) изменениях в мышечно-связочной области. Эти изменения подробно описываются Двораками (1990)²⁷. По мнению авторов, сегментальная дисфункция ведет к стимуляции механорецепторов и ноцицепторов. Это вновь оказывает влияние на рефлекторные дуги центральной нервной системы и служит причиной ложного сообщения, которое, в свою очередь, вызывает клинически доказанное мышечно-связочное воспаление.

Это влечет за собой ряд последствий. Длительное повышение мышечного тонуса перегружает связки и уменьшает и без того уже низкое снабжение кровью. Это ведет к локальному недостатку кислорода на клеточном уровне и способствует прогрессирующей дегенерации сухожилия.

Так в чем же состоит роль манипуляций при лечении соматической дисфункции? При идеальной модели тело было бы в правильной анатомической позиции. Это означало бы нормальное давление и нормальное напряжение в миофасциальной ткани. Механорецепторы оказывали бы сбалансированный амортизирующий эффект на ноцицептивную подачу ткани, и в миофасциальной ткани господствовал бы нормальный спокойный тонус при одновременно существующем динамическом равновесии антагониста, синергиста и агониста. Это было бы нормальное свободное от боли состояние. Подобные состояния могут быть клинически найдены также при анатомически обнаруженных изменениях, между прочим, чувствительными к боли точками концепции стрейн-контрстрейн. Вик²⁸ показал, что ноцицепторы обнаруживают гораздо более высокий порог раздражения, чем успокаивающие боль механорецепторы. При достаточной стимуляции механорецепторов (фактически тип II) ноцицептивная подача может пресинаптически тормозиться, в результате чего восприятие раздражения временно замедляется. Это замедление достигается посредством выливания энцефалина из клеток, которые тормозят интернейроны, в *Substantia gelatinosa* спинного мозга.

Для лечения соматической дисфункции нам следует догадаться, где в этой модели появляется наше раздражение. Ненормальное состояние рефлекса ведет к описанным выше острым или хроническим изменениям аппарата мышц и сухожилий. Это дополняется добавочными механическими и химическими импульсами, и если существует достаточное ноцицептивное раздражение, чтобы преодолеть амортизацию механорецепторов, то боль ощущается посредством *Tractus spinothalamicus* и лимбической системы.

Применение контрстрейн корректирует как ложную информацию в альфа-гамма обратной связи, так и другую механорецептивную ошибочную информацию и снова восстанавливает нормальный тонус ткани. При этом степень трудности, интенсивность, длительность, а также эмоциональный фактор определяют продолжительность лечения, которое, в конечном итоге, необходимо для регресса повреждения.

²⁶ Schmidt, R. F., Kniffki, K. D., Schomburg, E. D.: Der Einfluss kleinkalibriger Muskelaifferenzen auf den Muskeltonus. 1981.

²⁷ Dvorak, J., Dvorak, V.: см. сноску 12.

²⁸ Wyke, B. D.: 1979a.

2.2. ФУНКЦИЯ МЫШЦЫ

СОМАТИЧЕСКИЙ МОДУС И АКТИВНОСТЬ ПРОПРИОЦЕПТОРОВ

На рисунке 2.5 схематически показаны реакции мышц, облегающих сустав, испытывающий перегрузку, и успешное лечение с помощью контрстрейн.

На рис. 2.5а сустав показан в нейтральной позиции. Обе мышцы находятся в легком тоническом напряжении, готовые выполнять задачи, которые могут перед ними поставить мозг и центральная нервная система. Имеется проприоцептивная активность, но она низкая и в обеих антагонистических мышцах примерно одинаковая. Это нормальная физиологическая ситуация.

Рисунок 2.5b показывает сильную перегрузку сустава. Одна из мышц вследствие растяжения обнаруживает сильный подъем проприоцептивной активности, в то время как другая, ненормально укороченная, почти не проявляет никакой проприоцептивной активности. Это еще не дисфункция, скорее, нормальный физиологический нейромышечный рефлекторный ответ. Этот сустав еще можно без боли и без начинающейся дисфункции привести в нормальную позицию. Все последствия исчезают через несколько дней.

Если бы это было ожидаемой перегрузкой с возвращением сустава в нейтральную позицию, то не о чем было бы и говорить. Но подобная перегрузка чаще всего происходит неожиданно и очень болезненна, возможно, она влечет за собой резкое напряжение перегруженной мышцы, чтобы защитить организм от дальнейшего повреждения.

Внезапное сильное сжатие перегруженной мышцы, вероятно, происходит благодаря преодолеваемому амортизации ноцицептивному рефлексу. Это ведет к аналогичному внезапному удлинению мышцы-антагониста В из ее позиции максимального сокращения и почти отсутствующей активности проприоцепторов, за исключением всегда имеющихся в распоряжении гамма-импульсов. Преобладание ноцицепторов и внезапная реакция на это очень быстро вызывают здесь удлинение максимально сокращенной мышцы настолько, что она сообщает о перегрузке прежде, чем достигнуть своей изначальной длины.

Теперь проприоцепторы в антагонисте посылают ложное сообщение, и сустав не может дальше двигаться по направлению к исходной позиции. И хотя мышца растянута не так сильно, как в исходной позиции, она сообщает о перегрузке.

При лечении сустав и его мышцы отводятся в изначальную позицию перегрузки. Это возвращение снова так сильно сокращает антагониста, что сообщение о перегрузке пресекается. Этот физиологический механизм эффективен даже после длительно существующей дисфункции.

После того как эта позиция продолжается 90 секунд, и сустав медленно отводится в нейтральную позицию, боль уже не возвращается. Дисфункция, таким образом, устранена.

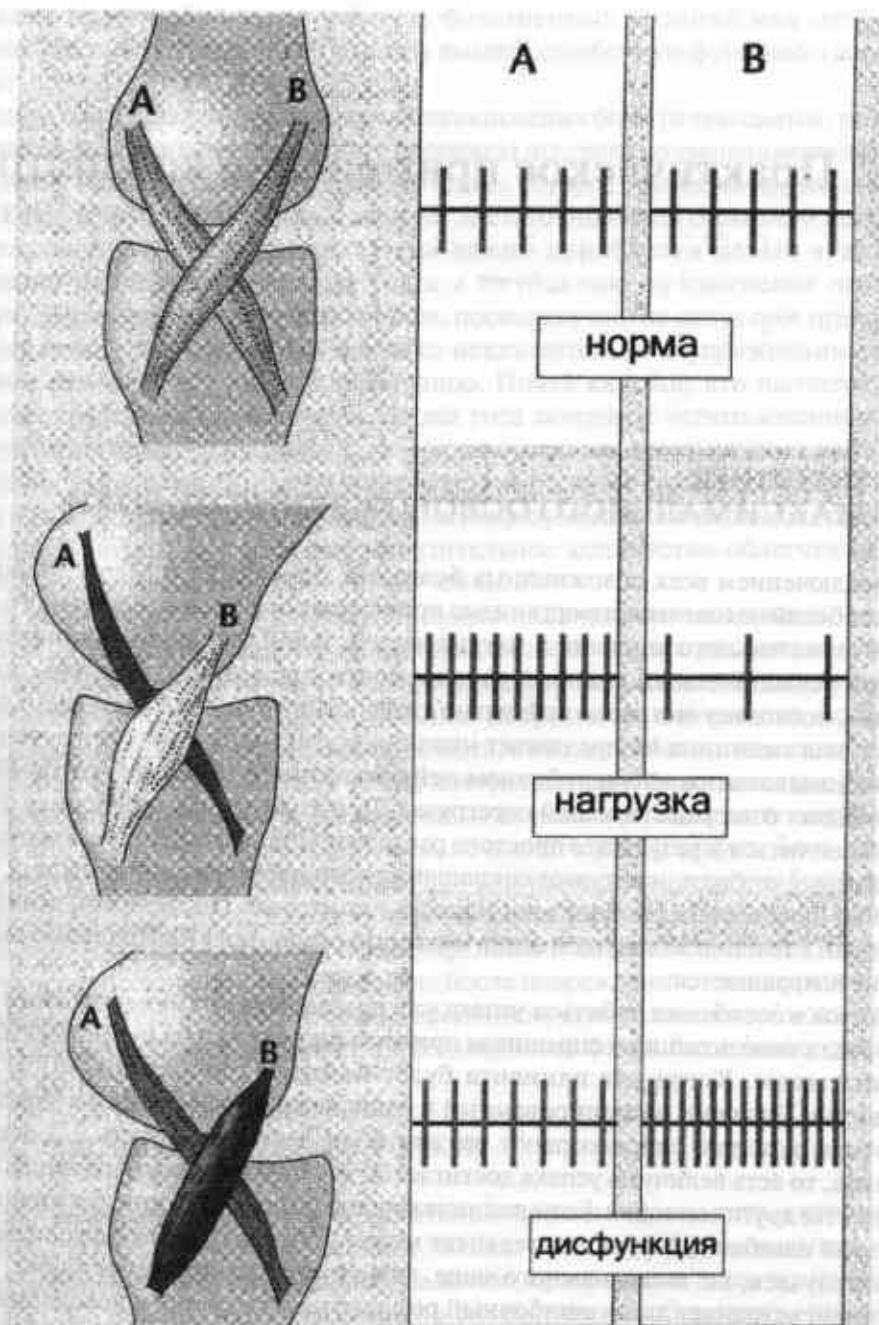


Рис. 2.5.

Соматический модус и активность проприоцепторов.

Реакция мышцы в нейтральном положении сустава (а), при перегрузке сустава (b) и при сохраняющейся дисфункции (c).

3. Практическое применение контрстрейн

3.1. ПОЗИЦИЯ МАКСИМАЛЬНОГО ОСВОБОЖДЕНИЯ ОТ БОЛИ

За исключением всех осложненных болезней, описанных в Merck Manual¹, две трети всех болей человеческого организма происходят от едва исследованного недуга, от болей двигательного аппарата и мягких частей. В той или другой форме эти боли (зачастую ревматические) распространены почти везде и, как правило, довольно запущены, поскольку они редко правильно диагностируются, не говоря уже о лечении. Современная медицина не предлагает никаких эффективных методов лечения этих болей, основывающихся на ошибочном нейромышечном рефлексе, который постоянно сообщает о несуществующей перегрузке. При этом данная ошибочная функция может закончиться в результате простого растяжения тела в позиции максимального освобождения от боли, настолько сокращая мнимо перегруженную мышцу, что она больше не в состоянии сообщать ни о какой перегрузке. После пребывания в этом растяжении в течение 90 секунд мышца медленно отводится в нейтральную позицию, и боль не возвращается.

Новичок в состоянии добиться успеха уже при первом применении этого метода, пробуя различные позиции и спрашивая при этом пациента, сильную или слабую боль тот испытывает. Когда для пациента будет найдена удобная позиция, то боль уменьшится. Терапевт, натренированный в нащупывании изменений в чувствительных точках, которые сопровождают все эти боли, может вылечить 2/3 всех болей организма, то есть величина успеха достигает 75%. Эта квота намного выше, чем при большинстве других методов. Если пациент хорошо помогает, то при повторном устранении этой ошибочной функции терапевт может добиться длительного исцеления в 85% всех случаев, т.е. вновь намного чаще, чем с помощью других методов.

Терапевт устраняет лишь ошибочный рефлекс на перегрузку и исходящее от него постоянное раздражение, и тем самым дает организму возможность лечить то, что он прежде лечить не мог. Сотрудничество пациента состоит в том, чтобы в течение

¹Немецкий перевод американского оригинального издания имеется в продаже под названием MSD Manual (6 издание, Urban & Fischer, München, 2000). Это довольно объемное издание по клинической медицине.

нескольких недель абсолютно избегать болезненных позиций или напряжения организма, т.к. они могут очень легко снова вызвать ошибочную функцию и остановить лечение.

С возвратом воспаления опасность возникновения боли (и тем самым, повторное появление ошибочного перегрузочного рефлекса) постепенно уменьшается до тех пор, пока лечение не закончится. Это такое лечение, которое длится на протяжении всей жизни. Если лечится только ткань, то будет достаточно новой серьезной перегрузки, чтобы спровоцировать рецидив. Очень важно приобрести навык чувствовать напряжение ткани чувствительных точек и их реакцию на изменение положения пациента. Это отпугивает многих новичков, поскольку они не могут себе представить, что этому можно научиться. Но все дело исключительно в упражнении, чтобы в различном отношении улучшить пальпацию. Почти каждый, кто пытается, может научиться определяюще чувствовать. За два года лечения с использованием метода контрастрейн автор научился больше, чем за девятнадцать лет практики с использованием техник импульсов. Тот, кто может чувствовать пульс, способен совершенствоваться и в этом виде деятельности. Это также подразумевает очень точное определение оптимальной позиции, поскольку поразительное количество облегчения недуга находится в изменении позиции меньше чем на 2°.

Пока новичок не приобрел определенные пальпационные навыки, он может полагаться на указания пациента об освобождении от боли в различных позициях, так как пациенты бывают очень точны при указании оптимальной позиции. Позже, когда терапевт находит идеальную позицию посредством изменений, которые он может воспринимать кончиками своих пальцев, он будет работать намного быстрее и еще надежнее. Он даже обнаружит точку, которая даст ему возможность с уверенностью положиться на найденную им оптимальную позицию, даже если сам пациент в этой позиции еще чувствует боль. Эта боль исчезнет через 30 секунд. Боль наступает после перегрузки или растяжения, даже если пациенты привыкли и забыли о первоначальной перегрузке, когда, наконец, обратились за лечением. Часто боли возникают после незначительной перегрузки, например, после поднятия карандаша. Боль может исчезнуть через несколько дней или недель после повреждения, однако речь идет не о выздоровлении, а, скорее, о частичном и временном улучшении. Возобновление боли в том же самом месте весьма вероятно. Большинство болей без лечения становятся хроническими.

ЧУВСТВИТЕЛЬНЫЕ К БОЛИ ТОЧКИ

Чувствительные к боли точки — это очень восприимчивые места, которые могут иметь место почти при всех болях. Они находятся под кожей, по размеру меньше кончика пальца и очень чувствительны к нажатию, причем настолько, что при нажатии на, казалось бы, неболезненную ткань, пациент вздрагивает. Эти точки весьма ценны как для диагноза, так и для оценки успеха лечения посредством пальпирующего изменения напряжения. Каждая чувствительная точка отвечает за специфическую суставную дисфункцию и почти всегда за ту позицию, которая улучшит эту дисфункцию. Этот факт разлагает каждую «комплексную боль» на ее причинные составные части. Условно говоря, пациент демонстрирует ощущение боли. В действительности,

эта боль состоит из трех или четырех элементов раздражения, что затрудняет как постановку диагноза, так и лечение. Поскольку каждая чувствительная точка указывает на определенный источник раздражения, терапевт, по всей видимости, должен исследовать все пострадавшие области, чтобы обнаружить местонахождение всех источников боли. В зависимости от степени различной болезненности при нажатии терапевт может планировать свое лечение и сначала лечить сильную болезненность. Тем самым исключается ненадежность в лечении и уменьшается вероятность возникновения новой боли в области лечения.

Сначала терапевт чувствует напряжение и припухлость ткани. Коль скоро найдена неболезненная позиция, в чувствительной точке может ощущаться быстрое ослабление. В течение 90-секундного пребывания пациента в этой позиции терапевт может пальпировать усиливающуюся эластичность ткани, которая, вероятно, объясняется ресорбцией набухания. Поразительно то, что часто чувствительную точку находят там, где нет никакой боли. Терапевт, имеющий опыт в обнаружении, ощущении этой точки, а также в восприятии происходящих в ней изменений, может за минуту каждой рукой исследовать примерно по шесть точек и за две минуты, а то и меньше, поставить всеобъемлющий диагноз относительно всех причин боли. Во время лечения его палец нежно покоится на чувствительной точке, чтобы иметь возможность лучше ощущать изменение. При случае он нащупывает чувствительную точку, чтобы быть уверенным, что ослабление напряжения под кончиком его пальца соответствует ослаблению напряжения у пациента. Ответ пациента поддерживает врача в овладении пальпаторными навыками.

До тех пор пока он не овладеет этой уверенностью в своей деятельности, он может сначала лечить пациента, а затем попросить его, к примеру, пройти по кругу и расспросить его о боли. Если она все еще сохраняется, то пациента нужно заново лечить.

ЗАДНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНЫЕ ТОЧКИ

Вначале нам было известно лишь о чувствительных точках в нижней паравертебральной области позвоночника. Когда они были обнаружены, то дали нам достаточно информации для того, чтобы мы могли проверить на болевую чувствительность точки до и после лечения, с тем, чтобы оценить успех этого лечения. Если лечение было успешным, то болевая чувствительность уменьшалась. К сожалению, такие точки обнаруживались примерно лишь в половине болевых случаев, и мы должны были полагаться на другие виды диагнозов, которые, по моему мнению, были менее надежны. Я сожалел об отсутствии других точек, т. к. большинство моих неудач имели место в тех случаях, где нельзя было обнаружить никаких чувствительных точек. Данная проблема снова была решена без моего участия, все произошло совершенно случайно.

ПЕРЕДНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНЫЕ ТОЧКИ

Я лечил одного пациента, который не мог выпрямиться из-за боли, которая была снята только в результате лечения. Лечение оказалось настолько успешным, что через три дня он уже мог работать в своем саду. В то время как он выкорчевывал корень, его

мотыга соскользнула и ударила его рукояткой в область паха, что вызвало крайне острую боль. Он сказал мне по телефону, что у него грыжа в паху. При обследовании мною была обнаружена крайне чувствительная точка и никаких классических признаков паховой грыжи. Я определенно мог успокоить его на этот счет. А поскольку у него и без того на следующий день было назначено лечение по поводу спины, я тотчас же принялся за дело. К этому времени я уже применял время покоя в 90 секунд. При лечении пациент лежал на спине, я поднял его ноги и наклонил их в сторону. В то время как он пребывал в свободной от боли позиции, я не должен был ничего делать, кроме как наблюдать за ним. Исключительно для того, чтобы скоротать время, я еще раз прошупал его «грыжу» — сначала осторожно, а затем сильно, при этом не возникло никакой боли. Могло ли оказаться так, что столь необходимые отсутствующие чувствительные точки находились на передней части тела? Невероятно. В конце концов, мой пациент жаловался на боли в спине, а не спереди. Но это открытие унесло мою мысль в новом направлении. В течение трех лет я обследовал каждый сантиметр передней части тела в поисках чувствительных точек, а кто ищет, тот всегда находит. Недостающая половина чувствительных точек расположена на передней части тела. Отныне я располагал всеми чувствительными точками.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ

95% всех чувствительных точек, необходимых для успешного лечения, представлены в иллюстрациях данной книги. Правда, они невидимы, и поэтому нащупываются посредством пальпации. Нажатие ошупывающего пальца настолько незначительное, что на здоровой коже нельзя было бы почувствовать никакой боли. С пятью остальными процентами точек терапевту придется сталкиваться реже, но если он многократно работал с представленными здесь точками, он будет в состоянии найти и их и суметь почувствовать изменения в этих точках.

Чтобы развить эту деятельность, необходимо много часов практической деятельности, чтобы отыскать как чувствительную точку, так и удобную для пациента позицию. К счастью, в практике достаточно случаев для подобной тренировки.

Бесполезной тратой времени являются тренировки со здоровыми людьми, поскольку терапевт не получает от пациента никакого ответного сообщения. Время, необходимое для обретения успешного навыка, зависит не столько от таланта, сколько от усердия. Чтобы высокоэффективно и компетентно работать, понадобится два года ежедневных восьмичасовых усилий. В течение этого времени ученик будет вознагражден успешно вылеченной болью и, таким образом, обретет самоуважение. Чем больше он тренируется, тем лучше становится его деятельность. Хотя основой открытия для автора послужил счастливый случай, автор посвятил применению этого метода восемь лет и почти всегда был вознаграждаем за свои усилия. Спустя восемь лет он был так окрылен своим успехом, что захотел поделиться этим счастьем со своими коллегами.

Если студент посвящает себя этому методу не целиком, а занимается этим от случая к случаю, он никогда не разовьет успешных навыков, а результаты его лечения будут немногим лучше других методов. К счастью, ученик вряд ли сможет навредить своему пациенту, если следует в лечении всего лишь трем основным принципам.

1. Пассивное растяжение мышц пострадавшего сустава в позицию максимального освобождения от боли.
2. Медленное отведение сустава назад так, чтобы боль не возвращалась.
3. Избегать любых резких движений, даже если позиция болезненна. Затем следует немного снять растяжение, подождать несколько секунд, а затем медленно продолжить.

Причина почти всех неудач кроется в недостатке опыта, а не в несовершенстве самого метода. Если терапевт однажды уже приобрел необходимый навык, он никогда больше не отдаст предпочтение никакому другому методу. Он будет просто в восторге от данного метода.

3.2. СТРЕЙН И КОНТРСТРЕЙН КАК ЭФФЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ МАНУАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

Randall S. Kusunose, PT, OCS

Терапевтическое применение стрейн и контрстрейн простирается от острых повреждений до хронических болей, от кривошеи маленьких детей до остеопорозов с повышенным фактором риска, от постоперационных болей до адаптивного повышения мышечного тонуса у пациентов с неврологическими заболеваниями.

Лечение мягкое и нетравмирующее, подходящее для широкого спектра соматических дисфункций. Оно «приятное в употреблении» и щадящее для самих терапевтов. Самое простое – оно может осуществляться в лечебном кабинете с высоко установленной кушеткой, но может также без проблем проводиться в условиях стационара и при посещениях на дому. Это лечение может использоваться либо в качестве самостоятельного метода, либо в комбинации с другими методами лечения.

ОБЛАСТИ ПРИМЕНЕНИЯ

Острые заболевания

При острых проблемах это лечение становится вне конкуренции, поскольку является мягким и нетравматичным. Тело пациента медленно ведется в направлении позиции максимального освобождения от боли, которая является безопасной и точно находится в области ограниченной свободы движения. Выбирая оптимальную позицию расслабления, терапевт старается ослабить локальное напряжение движения и облегчить боль при нажатии. Существенных изменений можно добиться посредством устранения болей, уменьшающимся мышечным защитным напряжением и уменьшением обусловленной воспалением припухлости. В результате лечения нейромышечного компонента острого раздражения улучшается кровоснабжение и стимулируется деятельность защитных сил организма.

Мягкость техник стрейн и контрстрейн позволяет осуществлять безопасное и эффективное лечение болезненных состояний у ослабленных, старых пациентов (например, артриты, остеопорозы), а также у беременных женщин и маленьких детей.

Так, благодаря простому позиционированию могут облегчаться боли, сопровождающие первичные болезни костей и суставов. Облегчение боли в дальнейшем требует также комплекса упражнений и других реабилитационных техник, чтобы повысить работоспособность пациента.

Боли в крестце и в лобковой кости во время беременности могут быть в значительной степени сняты. Это облегчение подчас лишь временное, поскольку существует постоянная нагрузка на скелетно-мышечную систему. В этом случае пациентке показывают позицию, которую она может применять дома, благодаря чему поддерживается врачебное лечение, приводящее к тому, что боль становится терпимой.

Неправильное положение и боль при кривошее у маленьких детей лечится с помощью позиции, усиливающей это неправильное положение. Ребенок охотно позволит ввести себя в максимально освобождающую от боли позицию, которая усиливает неправильное положение. Часто уже в результате разовых сеансов лечения могут наступить значительные улучшения. Поведение маленьких детей при безболезненном лечении несравнимо лучше.

Хронические заболевания

Применение стрейн и контрстрейн у пациентов с хроническими заболеваниями ценно по двум причинам. Во-первых, направляющая пальпация всех чувствительных точек требует быстрого обнаружения областей обширной дисфункции, областей, которые способствуют болевой чувствительности. Это обуславливает последовательность лечения. Во-вторых, лечение препятствует ложным сообщениям пострадавшей мускулатуры, которые ограничивают движение сустава и упорно сохраняют продолжающуюся дисфункцию. Регенерация нормальных нейромышечных рефлексов компенсирует мышечные силы, влияющие на функцию сустава. Таким образом, достигается максимальный объем движения, облегчение боли и улучшение функции сустава.

Пациенты с серьезными ограничениями движения (например, слипчивый процесс в суставной сумке, спондилез, постоперативные ситуации) благодаря стрейн и контрстрейн получают облегчение от боли и ослабление вторичных защитно-мышечных рефлексов. При этом позиции максимального освобождения от боли легко могут находиться в пределах еще существующего объема движения, кроме того, может достигаться доказанное улучшение как объема, так и качества движения. Уменьшение боли посредством ослабления защитных мышечных рефлексов усиливает эффективность непосредственной механической мобилизации и реабилитационных упражнений. Таким образом, стрейн и контрстрейн служат восстановлению максимальной свободы движения и функциональной деятельности.

Неврологический пациент с патологически повышенным тонусом также может получить выгоду от лечения посредством позиционирования. Лечение ненормального тонуса состоит в максимальном сокращении пострадавшей мышцы. Практикующий терапевт при этом в меньшей степени руководствуется пальпаторной чувствительностью при нажатии и в большей степени — изменением напряжения ткани, при этом он добьется рукой релаксации до оптимального расслабления. Так этот метод, к примеру, может уменьшить напряжение в болезненном плече после апоплексического

удара, причем подвижность улучшится. Или он может облегчить вправление неполного вывиха плеча после апоплексического удара посредством снижения тонуса *M. Latissimus dorsi*.

КОМБИНАЦИЯ С ДРУГИМИ МЕТОДАМИ

Стрейн и контрстрейн, взаимодействуя с другими мануальными техниками, могут существенно способствовать выздоровлению. Связь стрейн и контрстрейн с прямыми техниками (например, мышечно-энергетическими, прямыми миофасциальными техниками) для лечения суставных дисфункций, сопутствующих нейромышечным и механическим компонентам (например, слипчивый процесс в суставной сумке, фиброзы связок), в большинстве случаев приводит к замечательному результату лечения.

Для успешного лечения стрейн и контрстрейн могут комбинироваться с мышечно-энергетическими техниками, т.к. восстановление нормального нейромышечного рефлекса перед сжатием и расслаблением механически ограниченной ткани повышает эффективность прямой техники. Если мышечно-энергетическая техника проводится осторожно и медленно, то ненормальный рефлекторный ответ не повторяется.

Использование стрейн и контрстрейн перед применением миофасциальной техники снижает нейрофизиологический барьер, в результате чего миофасциальная техника может легко разрушить биомеханический барьер между мышцами и фасциями.

ДИАГНОСТИКА

Лечение с использованием стрейн и контрстрейн ценно с диагностической точки зрения для того, чтобы исключить воспаления (тендинит, бурсит, фасцилит, реберный хондроз), поскольку субъективное ощущение боли в чувствительных точках конечностей может иметь сходство с болями при воспалении. Соответствующие чувствительные точки находятся в большинстве своем над болезненным сухожилием или над болезненной синовиальной сумкой и при пальпации вызывают стойкое ощущение боли. Так, например, чувствительные точки над длинной или короткой головкой *M. biceps brachialis* могут симулировать воспаление сухожилий этой мышцы, а чувствительные точки над субакромиальной или вертлужной синовиальной сумкой могут симулировать воспаление синовиальной сумки. Чувствительная точка над подошвенной частью передней пяточной кости становится мнимой *Fasziitis plantaris*, а чувствительные точки над реберными хрящами непосредственно рядом с грудной костью будут имитировать реберный хондроз. Подобное явление можно наблюдать также в чувствительных точках над сухожилием коленной чашечки, ахиллесовым сухожилием и головкой лучевой кости в соединении с эпикондинитом плеча. В сущности, воспалительный процесс может быть ликвидирован посредством лечения поврежденной области позициями стрейн и контрстрейн. Если болезненность над поврежденным сухожилием или над синовиальной сумкой при пальпации полностью исчезает и после отведения в нейтральную позицию больше не появляется, то, вероятно, речь идет не о воспалительном процессе, а, скорее всего, о нейромышечной дисфункции.

Если имеет место воспалительный процесс, то лечение нейромышечных компонентов с помощью стрейн и контрастрейн через уменьшение мышечного напряжения ведет к ослаблению процесса и мобилизует собственные целительные силы организма. Боли в конечностях, вызываемые через чувствительные точки в сжатой ткани, в отличие от воспалительных процессов, ненормально реагируют на изометрические тесты из-за сопротивления.

3.3. ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ

Randall S. Kusunose, PT, OCS

Вторым по важности пунктом эффективности лечения боли у пациентов после точного диагноза является правильная последовательность лечения дисфункций при помощи чувствительных точек. Нарушение этой последовательности ограничивает нейрофизиологическую реакцию, и есть угроза возвращения тех же самых чувствительных точек. Терапевты, обладающие малым объемом знаний, не могут понять, почему они постоянно лечат одни и те же дисфункции, но заметного и длительного улучшения не наступает.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ

Часто лечение начинается не там, где пациент чувствует боль. Целенаправленное обследование с помощью чувствительных точек обнаружит главные области дисфункций.

Как только чувствительные точки обнаружены, составляется план лечения, основывающийся на основных принципах последовательности лечения.

1. Проксимальные чувствительные точки лечить перед дистальными.
2. Сначала лечить самые чувствительные или «самые горячие» чувствительные точки.
3. Сначала лечить области с наибольшей плотностью чувствительных точек.
4. Если чувствительные точки расположены в ряд (например, над поперечным отростком или остистым отростком), то лечатся те, что в середине.

Правильная последовательность лечения сокращает затраты труда клинициста приблизительно на 50%. Уже при одном эффективном лечении проксимальных чувствительных точек зачастую сокращается количество дистальных чувствительных точек. Лечение наиболее чувствительных точек ослабляет менее чувствительные точки или ведет к их сокращению, а лечение чувствительных точек в середине ряда ведет к их исчезновению по обе стороны ряда. Следующие факторы также могут оказаться полезными для определения последовательности лечения.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ

Подвижность

Направление свободной подвижности противоположно подвижности ограниченной. Для примера представьте себе пациента с передними цервикальными

чувствительными точками, уменьшающимися при сгибании, и с задними цервикальными чувствительными точками, исчезающими при вытяжении. Исследование выявляет легкое не болезненное ограничение сгибания и умеренно болезненное ограничение разгибания. В этом случае сгибание было бы свободно движущимся и менее болезненным направлением, и лечение стоило бы начинать с передних чувствительных точек. Особая осторожность требуется, если чувствительные точки можно встретить на вершине отдельного позвонка на передней и задней частях тела. Если начинают с флексии, чтобы лечить передние чувствительные точки, то это может раздражающе подействовать на задние чувствительные точки. Точное позиционирование помогает терапевту лечить передние чувствительные точки без раздражения задних.

Неправильные позиции

Так, к примеру, незначительный кифоз или сильный лордоз могут указать на концентрацию задних чувствительных точек. Сильный кифоз или поверхностный лордоз могут показывать концентрацию передних чувствительных точек. Латеральное смещение может указать на чувствительные точки, большей частью расположенные по бокам. Лечение следовало бы начать с техник, которые усиливают неправильные позиции.

Качество боли

Локализованная боль отличается от диффузной боли. Локализованная задняя болевая чувствительность указывает на задние чувствительные точки в области болевой чувствительности, и лечение следовало бы начать с них. Задняя болевая чувствительность, которая является диффузной или охватывает очень большую область, указывает на передние чувствительные точки, которые в этом случае следует лечить в первую очередь.

Успешное лечение

Важнейшим ориентиром, наряду с последовательностью, является успешное лечение чувствительных точек. Если терапевт нашел ложные чувствительные точки и выбрал неверную последовательность лечения, то результаты данного лечения будут лишь временными. В этом случае чувствительные точки все время возвращаются, и терапевт при каждом лечении лечит одни и те же острые чувствительные точки.

Придерживаться принципов последовательности лечения необходимо, чтобы достичь продолжительного эффекта. Лечение в ложной последовательности является самой частой ошибкой как новичков, так и опытных клиницистов, когда чувствительные точки постоянно возвращаются.

3.4. БОЛЕЗНИ, ТРЕБУЮЩИЕ ЛЕЧЕНИЯ

Следующие болезни — это всего лишь малая часть тех, что могут быть вылечены с помощью контрастрейн. Так как некоторые дотошные терапевты дают довольно преувеличенные обещания исцелить почти от всех болезней, то перечисленные здесь заболевания, лечащиеся посредством контрастрейн, также вызывают неприятие у многих приверженцев традиционной медицины. Я не обвиняю их за это, поскольку подобные обещания также вредят достоверности моей работы.

ЗАБОЛЕВАНИЯ, УКАЗЫВАЮЩИЕ НА ДИСФУНКЦИЮ

Следующие заболевания и относящиеся к ним чувствительные точки возникли из сообщений пациентов, которых первоначально лечили от других болезней. Они помогли мне столкнуться с такими проблемами, которые — я даже не подозревал — что смогу вылечить. Действенность этих сообщений я неоднократно проверил лично в своей практике. Я применяю методы контрастрейн в качестве дополнения к методам традиционной медицины, а не как альтернативу.

Головные боли

При боли во фронтальной области, в глазах или за глазами, либо при светочувствительности: чувствительные точки в области первого шейного позвонка или в области Os occipitale и Processus mastoideus. При периорбитальных болях: чувствительные точки на вершине второго шейного позвонка, в области Sutura occipitomastoidea, Squamosa, в области носа и инфраорбитально.

При болях Os occipitale до Vertex: чувствительная точка на вершине четвертого шейного позвонка.

Боли в ушах

Чувствительные точки на вершине третьего шейного позвонка, за ухом и в области Os zygomaticum, M. masseter и Os occipitale и Processus mastoideus.

Тиннитус

Чувствительные точки на вершине третьего шейного позвонка, за ухом, в области Os zygomaticum и Sutura occipitomastoidea. Кроме того, к тиннитусу могут привести дисфункции височно-нижнечелюстного сустава, при которых особенно поражены Mm. pterygoidei interni.

Головокружение

Чувствительные точки на вершине третьего шейного позвонка и в области Sutura occipitomastoidea.

Придаточные пазухи верхней челюсти

Чувствительные точки инфраорбитально и на вершине второго шейного позвонка.

Раздражение зубных нервов

Боли в верхней челюсти: чувствительные точки в области Squamosanaht, Os sphenoidale и наружного угла глаза.

Боли в нижней челюсти: чувствительные точки в области височно-нижнечелюстного сустава.

Боли в затылке

Передние чувствительные точки Th1 и Th2. Они обе двигаются вместе с шейным отделом позвоночника.

Кашель (непродуктивный, с першением в горле)

Передние чувствительные точки C5, C6 и C7 находятся на Trachea. Это лечение может помочь также и при продуктивном кашле.

Колющие боли в области сердца

Передние чувствительные точки на 3, 4, 5 и 6 ребрах или в межреберной области.

Если имеются признаки Angina pectoris, то лечение, естественно, должно осуществляться осторожно и бережно, т.к. сердечная проблема во время лечения может обостриться. За мою шестидесятилетнюю практику у меня было всего два случая такого обострения, и этого больше чем достаточно.

Изжога

Передние чувствительные точки Th5.

Усталость (особенно после пробуждения)

Прежде всего, передние чувствительные точки Th5, Th6 и Th7.

Боли в желудке, язва желудка или двенадцатиперстной кишки

Передние чувствительные точки Th7 и Th8. Лечение поддерживает медикаментозный метод.

Периумбиликальные боли

Передние чувствительные точки Th9 и Th10.

Диарея или запор

Передние чувствительные точки Th9 и Th10.

Раздражение мочевого пузыря (неинфекционное, интерстициальное)

Передние чувствительные точки Th11 и четвертая люмбальная область, особенно передняя.

Боли в плечах

При постоянных болях: чувствительные точки в верхних пятых торакальных областях и ребрах.

При болях во время движения руки в большинстве случаев имеется дисфункция в Articulatio acromioclavicularis и в плечевом суставе, а чувствительные точки находятся в верхних пятых торакальных областях и ребрах.

При болях и онемении во всей руке: чувствительные точки в верхних пятах торакальных областях и рбрах. Мой опыт показывает, что лечение Plexus brachialis в большинстве случаев безуспешно.

При болях и онемении в пальцах: чувствительные точки в 6, 7 и 8 цервикальных и в 1 торакальной областях.

Боли в локте

При болях без ригидности: чувствительные точки либо проксимально Epicondylus humeri и в первой торакальной области или в области ребер, либо проксимально Epicondylus medialis humeri и четвертой торакальной области или области ребер.

Ригидность при пронации: чувствительные точки на головке лучевой кости и верхушке Epicondylus humeri (Epicondylitis).

Боли или ригидность при супинации: чувствительная точка в M. pronator teres.

Боли или ригидность при вытяжении: чувствительная точка в области Processus coracoideus.

Боли или ригидность при сгибании: чувствительная точка в области локтевого отростка.

Боли в суставе кисти (локальные)

Чувствительная точка в суставе кисти, возможно, имеется также дисфункция локтя.

Синдром карпального канала

Многие таким образом диагностированные болезни могут быть устранены посредством сгибания и ротации сустава кисти. Конечно же, это возможно лишь в том случае, если не существует никакого действительного синдрома карпального канала.

Боли в большом пальце кисти и слабость

Чувствительные точки в запястно-пястной области большого пальца. Лечение состоит в отведении сустава кисти. Необходимо также проверить лучевую кость.

Боли при захвате и слабость захвата

Чувствительные точки в запястно-пястной области.

Боли в паху

Чувствительная точка в паховой связке.

Боли в пояснице и бедрах

Чувствительные точки в четвертой торакальной, во всех люмбальных и крестцово-подвздошной областях и в области сустава бедра (Femur). На чувствительные точки в области бедер часто оказывает влияние изменение позиции бедра (Regio femoralis).

Боли в области копчика

Причиной многих этих недугов являются крестцово-подвздошные дисфункции задней верхней подвздошной кости с Flare-out.

3.5. ЛЕЧЕНИЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОНТРСТРЕЙН

РЕАКЦИИ НА ЛЕЧЕНИЕ

Лечение с контрстрейн почти совершенно не травматично. Оно требует лишь нахождения максимально не болезненной позиции, в которой пациент сразу же начинает хорошо себя чувствовать. Однако пациенту следовало бы указать на возможность того, что на другой день его состояние может ненадолго ухудшиться. Это происходит приблизительно в 30% всех случаев. Поскольку лечение нетравматично, любое обострение боли у пациентов в большей степени вызывает тревогу, чем после травматичного лечения. Если боль ожидается, то ее внезапное появление не особенно тревожит.

Для терапевта и пациента иногда бывает неожиданно, насколько сильными могут стать боли после безболезненного лечения. Поэтому очень важно предупреждать об этом пациента.

У пациентов с анамнезом *Angina pectoris* может через день после болезненного или не болезненного лечения произойти ухудшение состояния. В моей шестидесятилетней практике было всего два подобных случая. Оба пациента остались живы, и после этого я начал в первые два часа лишь частично касаться проблемы. Тем самым опасность нового приступа значительно снизилась. Очень важным при этом являются третий, четвертый, пятый и шестой грудной позвонки и прилегающие к ним ребра.

САМОЛЕЧЕНИЕ

Большинство мне известных мануальных терапевтов сами страдают от дисфункции суставов. Большинство не предпринимают никакого лечения, т.к. не хотят беспокоить своих довольно занятых коллег. Лечение с применением техники импульсов для приведения сустава в движение частично основывается на эффекте неожиданности. Хотя пациент в большинстве случаев более или менее осведомлен о том, что происходит, он не может предвидеть точного времени импульса. При самолечении этот эффект неожиданности отсутствует. Для того чтобы самому себя лечить, эффективнее всего медленно отыскать безболезненную позицию, в которой мышечное напряжение, ограничивающее движение сустава, снимается посредством растяжения, и подвижность снова восстанавливается. При этом наше тело подсказывает нам направление, необходимо только обращать внимание на медленное возвращение из растяжения.

При самолечении с контрстрейн можно лучше всего почувствовать, когда будет достигнута безболезненная позиция. Кроме того, человек может сам почувствовать, как утихает боль в чувствительной точке. Часто существует тенденция при напряжении совершенно автоматически приводить поврежденную мускулатуру в позицию растяжения. При этом необходимо спросить себя, действительно ли это является пассивным растяжением. Если нет, то следует покончить с растяжением и подождать, либо, возможно, немного вернуться назад, пока можно чувствовать расслабление. Самолечение часто требует от пациента набора различных техник для достижения этой пассивности.

Особенно при болях в слое половинного поглощения необходимо обращать внимание на расслабление мускулатуры в качестве защитного рефлекса. Поэтому следует действовать крайне осмотрительно, чтобы избежать этого защитного рефлекса. Я сам был в состоянии вылечить почти все встречающиеся у меня боли путем пассивного растяжения и медленного обратного движения. В последние годы мои усилия были направлены на поиски незначительных болезней, которые с легкостью игнорируются. Посредством их лечения я существенно улучшил свое здоровье и почти не испытываю серьезных болей. Разумеется, проблем, сопутствующих клиническим, гораздо больше, чем собственно клинических. Предупреждение в данном случае особенно эффективно.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ РАСТЯЖЕНИЕ

Многие терапевты, вероятно, мечтают о таком опыте, когда «одним ударом» могут быть устранены большинство накопленных за многие годы болезней с помощью, например, упражнений, сауны или чего-нибудь в этом роде. Я также надеялся придумать такой метод, который позволил бы вернуть организму подвижность и устранить болезненность, при этом я следовал вышеперечисленным принципам.

Но поскольку привести каждый сустав в максимально безболезненную позицию оказалось пустой тратой времени, представляется необходимым развить такой метод, при котором одновременно может быть вылечено как можно больше суставов. Вероятно, может быть растянут сразу же весь позвоночник, если растяжение проводить в необходимой области движения, как, например, наклон вправо. Тем самым достигаются не слишком оптимальные позиции, но зато успешно растягиваются все суставы позвонков во всех двигательных плоскостях. Итак, я попытался все мои позвонки растянуть в шести направлениях: сгибание, разгибание, наклон вправо, влево и ротация в обоих направлениях. Я начал с растяжения в экстремальной позиции так, чтобы дальнейшее напряжение не производило никакого движения. Кроме того, я применил метод доктора Т. Дж. Рудди, при котором целые две секунды проводится активное растяжение. Поскольку я находился в экстремальной позиции, я добился этого с помощью лишь легкого потягивания. Я старался так осуществлять это движение, чтобы при движении в обратном направлении мне не нужно было преодолевать силы тяжести, скорее, я отдыхал бы. В среднем я проделал 200 повторов и почувствовал себя лучше. На следующее утро у меня все болело, и я надеялся, что это было всего лишь реакцией на лечение. Через три дня у меня снова было все в порядке, и я попытался все проделать снова.

С тех пор боль не появлялась, я все лучше себя чувствовал. Через некоторое время, казалось, я «достиг потолка» и не почувствовал никакого дальнейшего улучшения, так что через три месяца я перестал растягиваться дважды в неделю. Я заметил, что постепенно мне становилось все хуже и хуже. Поэтому я возобновил упражнения на растяжение и быстро достиг улучшения. Между тем я растягивался после особого напряжения, как, например, после длительного перелета.

Я был крайне разочарован, что многие совершенно не заинтересовались этим методом, зато те, кто следовал моим предложениям, сообщали о значительном улучшении своего самочувствия. Многие люди намного лучше бы себя почувствовали,

если бы они вставили в свою программу по аэробике некоторые из описанных здесь упражнений или проводили бы их вместо занятий по аэробике.

ОПТИМАЛЬНАЯ УСТАНОВКА ПОЗИЦИИ НАИБОЛЬШЕЙ ПОДВИЖНОСТИ

При поиске наиболее безболезненной позиции (рис. 3.1) можно было бы ожидать, что при движении в направлении безболезненного положения напряжение мышц постоянно уменьшается. Однако облегчение и расслабление в чувствительной точке связано с интенсивностью рефлекса, вызывающего нагрузку. Предположим, если кто-то находится в нейтральной позиции и двигается в неправильном направлении, то сначала медленно увеличивается напряжение, чтобы в области наибольшего расслабления еще быстрее и сильнее измениться. Изменения напряжения понятны и не вызывают недоразумения. Возвращение в исходное положение ведет к возврату реакций.

Движение в правильном направлении также сначала ведет к небольшим изменениям, вплоть до внезапного наступления ослабления напряжения. При этом ослабление напряжения уменьшается внутри изменения позиции менее чем на 2° приблизительно на $2/3$, либо ведет к полному расслаблению. Если движение продолжить, напряжение тотчас снова прекратится.

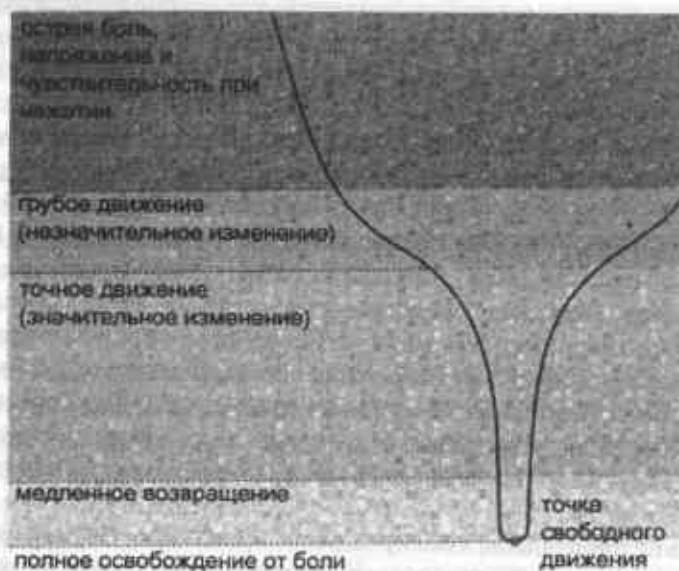


Рис. 3.1.

Действие для отыскания идеальной позиции освобождения от боли

Внезапное ослабление напряжения и новое защемление почувствовать просто, если за этим наблюдает опытный терапевт. Так, внутри этой небольшой области изменения можно почувствовать, что чувствительная точка почти полностью стано-

вится мягкой и при любом независимом от направления движения тотчас же напрягается. Кажется, что изначально напряженная область сустава при этом настолько расслабляется, что он реагирует на самое незначительное изменение положения. Не требуется особой одаренности, чтобы можно было почувствовать эти изменения, требуется только практика. Если удастся этот феномен обнаружить и использовать, то лечение из довольно хорошего превращается в выдающееся. Даже у тех немногих пациентов, которые в течение 30 секунд не чувствуют никакого облегчения, терапевт добьется успеха в лечении, если почувствует чувствительную точку ослабления напряжения.

Уже в течение следующих 30 секунд пациент будет доволен своим врачом. Рисунок 2.5 также показывает, что влияние проприоцепторов совпадает с изменением мышечного напряжения. Новички опасаются, что не смогут этому научиться, однако почти все, кто пытается, способны это освоить. И в этом случае терапевт руководствуется ответным сообщением организма, а организм ему благодарен за любое правильное движение.

СОПРОВОЖДАЮЩИЕ ДИСФУНКЦИИ

Мне бы хотелось упомянуть, что на практике часто сталкиваешься с совершенно неясными ситуациями. Как уже упоминалось, боль может состоять из многих близко расположенных между собой болевых компонентов, которые воспринимаются пациентами просто как боль. Особенно запутанно бывает тогда, когда безболезненные позиции четко различаются в зависимости от различных болевых причин. Если безболезненные позиции находятся в направлениях, обратных движению, то это вызывает проблему. Позиция, необходимая одному из суставов, вредит другому. Это не столь невероятно, как кажется.

Часто проблема, возникающая в качестве первой, лечится без проведения достаточного обследования. Необходимы достаточно исчерпывающие знания всех болевых компонентов. Лишь тогда, когда известны все причины боли и соответствующая интенсивность, можно начинать с самого болезненного компонента и постепенно лечить оставшиеся. Таким образом можно большей частью справиться с дилеммой накладывающейся друг на друга боли. Даже если дополнительный болевой компонент усиливается в результате лечения первичной боли, вторичная боль может переноситься нормально, причем позиция лечения легко варьируется, так что лечение может быть продолжено.

Как уже упоминалось, не возникнет никаких стойких повреждений, если медленно возвращаться из состояния растяжения, даже из ложной позиции. Тем самым достигается приемлемый компромисс: прочный успех лечения в качестве компенсации временного раздражения. Затем подобным образом лечится вторичная боль. Время от времени случается, что первичная боль окончательно проходит только в результате лечения вторичной боли. Подобная конфликтная ситуация также может иметь место и в отдельном суставе. Хотя с механической точки зрения — и это довольно весомый аргумент — дисфункция может иметь место не одновременно в результате наклона вправо или влево, речь может идти о двух противоположных сообщениях о нагрузке, причем оба являются дисфункциональными.

ОБЛЕГЧЕНИЕ ИЛИ ЛЕЧЕНИЕ

Коллеги постоянно сообщают мне о том, что хотя их лечение и приносит облегчение, но оно, разумеется, не является исцелением. Я также долго не подозревал о том, что можно достичь исцеления. Многие пациенты имеют хронические проблемы, в слабой форме длящиеся месяцы или годы. Часто пациенты были разочарованы лечением и искали у меня лишь облегчения от неизлечимой боли. Я думаю, что, несмотря на это, многое, напротив, говорило о том, что большинство этих недугов можно вылечить. У меня накопились записи за много лет. Каждый пациент, у которого в течение 15 лет не было рецидива, может быть вылечен.

Многие пациенты испытывали лишь облегчение и снова возвращались ко мне с той же болью. По этой причине их воспаленная ткань не лечилась. Я искал различные причины, которые могли ограничивать действие целительных сил самого организма. Многих пациентов я безуспешно направлял к терапевтам. Я также искал ответ, но мало чего добился. Тем, кто не мог употреблять в пищу витамин B₁₂, была оказана невероятная помощь посредством внутримышечных инъекций. Другие лучше реагировали на лечение, после которого исчезли их застарелые аллергии. У других же были хронические инфекции, которые не реагировали на лечение с антибиотиками.

Во время моей учебы уже достигли приемлемых успехов в лечении сифилиса в третичной стадии, хотя из-за диатермии поднималась высокая температура. Температура в 40°C, продолжающаяся больше четырех часов, вызывает частичную ремиссию.

Этот метод лечения предполагает употребление сульфонамидов и антибиотиков. Я применял ванны, которые были достаточно горячими для того, чтобы повысить температуру тела на 3°, причем после ванны пациента завертывали и на два часа оставляли в тепле. Это повышение температуры на 3° помогло некоторым моим пациентам.

Но постепенно я установил, что наиболее простой метод лечения возвращающихся дисфункций был и самым эффективным. Насколько просто было привести пациента в максимально безболезненную позицию, настолько же быстро возобновлялись боли. За несколько недель или даже лет дисфункция становилась настолько привычной, что возвращалась даже при минимальной нагрузке. Кроме того, пациенты оказывались уже настолько привычны к боли, что даже ожидали ее. Даже легкие нагрузки или другие болезненные усилия становились причиной новой боли, ставшей для пациента уже привычной. Я показал этим пациентам две стороны их проблемы. Причиной болезней была дисфункция. Речь шла о постоянном раздражении, устранение которого еще не было само по себе лечением, оставаясь лишь концом возбуждения. Чтобы осуществить лечение, раздражение должно было оставаться долго до тех пор, пока организм не будет в состоянии вылечить себя сам. Однако это почти невозможно в течение первых дней. Как бы осторожны ни были пациенты, они должны были снова обращаться к врачу, чтобы вылечить раздражение. Если же пациенты могли полностью избежать боли, то успех был обеспечен. Этот успех основывался на уменьшении воспаления перегруженной ткани. Организм в состоянии себя лечить, если раздражение надолго пресекается.

Следующий шаг состоит в том, чтобы убедить пациента, что лечение гораздо лучше, чем преходящее облегчение болезней. Меня поражало, как мало рецидивов возникало, если пациенты отдавали предпочтение лечению. Эта работа по убеждению

наиболее продуктивна, поскольку с успешным уменьшением воспаления становится все меньше рецидивов. Большинство пациентов за три недели достигают такого прогресса, что почти безболезненно переносят небольшие нагрузки.

Для меня было довольно просто ограничить раздражение, однако любое болезненное усилие вело к возвращению раздражения. Порог раздражительности дисфункции был настолько сокращен, что даже сильное чихание могло стать сильной нагрузкой.

Хотя комплексное лечение может потребовать трех или более месяцев отсутствия боли, после одной или двух недель без рецидива снимается предрасположенность. Если пациент вылечен, у него в дальнейшем не возникнет никаких болей до тех пор, пока он вновь не столкнется с таким же сильным повреждением, как уже вылеченное. То, что пациенты терпели боль, воспринимая ее как данность, является одной из причин, почему их нельзя было вылечить. Разумеется, ревматический артрит не лечится этим методом. Правда, некоторые боли уменьшались в результате какого-то случайного безболезненного лечения, что, как мне кажется, указывает на то, что ревматические боли частично также должны состоять из дисфункциональных рефлексов. Пациенты с артрозом могли частично или полностью освободиться от боли благодаря хорошему качеству жизни.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ СИЛЫ

Большая часть из того, что изучают мои студенты на занятиях, является очень полезным. Если то, к чему я пришел, оправдано, то кое-что из того, что они изучают, должно быть все-таки ложным. Тренированный организм — это здоровый организм. Значит, его необходимо тренировать. Правильно! Его следует тренировать как можно лучше. Правильно! Без боли нет успеха. Это верно для мышечной структуры. Однако ложно для того, чтобы лечить болезнь. А хронические боли двигательного аппарата — это болезнь.

Если для лечения хронических дисфункций достаточно простого растяжения в позиции максимального освобождения от боли, то в той же степени достаточно простого болезненного усилия, чтобы спровоцировать возврат дисфункции. А тренировать дисфункцию при наличии боли, и тем самым снова вызывать боль, вовсе не является успехом.

Если можно уничтожить воспаление за несколько недель, то это дает возможность пациенту снова безбоязненно возобновить нормальную деятельность, включая также сильные нагрузки на организм. Через некоторое время восстановится большая часть силы, поскольку слабость была частью болезни. Но тренировка при боли во время выздоровления снова вызовет дисфункцию.

Даже если это прямо противоречит рекомендации применять болезненные упражнения уже на ранней стадии лечения, как учат на многих лекциях, я все равно от этого не отступлю. Если тем самым быстрее восстанавливается сила, в чем я сомневаюсь, то это происходит за счет новых вспышек хронической болезни двигательного аппарата. Некоторые из считающихся верными предположений должны быть неверными.

Сокращения

A	Передний
BWS	Грудной отдел позвоночника
C	Шейный
HWS	Шейный отдел позвоночника
LWS	Поясничный отдел позвоночника
L	Поясничный
P	Задний
PL	Задне-латеральный
Th	Грудной
TP	Чувствительная точка

Положение и лечение чувствительных точек

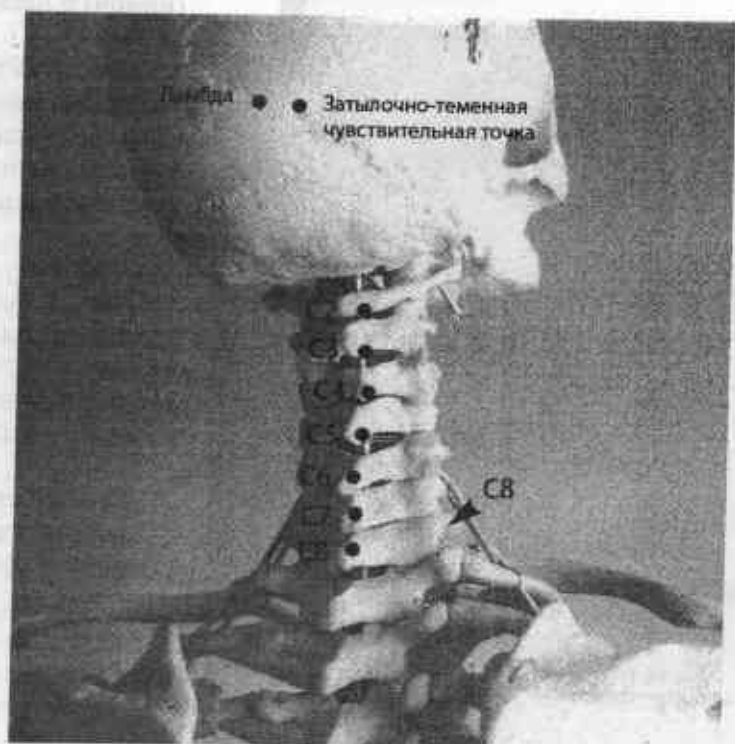
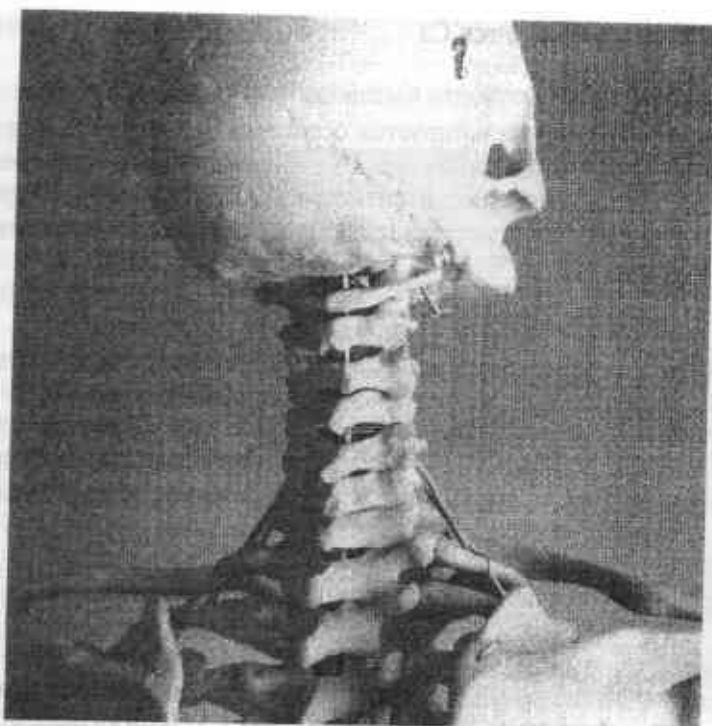
- после направленного внутрь давления
- направление нажатия

4.1. ШЕЙНЫЙ ОТДЕЛ ПОЗВОНОЧНИКА**ОБЩАЯ ЧАСТЬ**

Поскольку два верхних грудных позвонка приводятся в движение посредством шейного отдела позвоночника, то ограничения движения в этой области могут восприниматься пациентами как боли в области шеи. Важно точно установить, где находится боль. У некоторых пациентов она находится в области второго верхнего грудного позвонка.

**ЗАДНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНЫЕ ТОЧКИ
ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА**

Чувствительные точки на остистых отростках большей частью находятся несколько латерально (максимально до 0,5 см) слева или справа от срединной линии и тем самым показывают, на какой стороне локализована проблема.



Задняя чувствительная точка С1

Положение

Лишь у немногих людей пальпируется остистый отросток С1 (первого шейного позвонка). Поэтому при дисфункциях сустава первого шейного позвонка используется чувствительная точка, которая находится в нижней области затылка, приблизительно на 2 см латерально от затылочных мышц. Боль в большинстве случаев ощущается в глазах или вокруг них.

Лечение

Пациент лежит на спине. Производится нажатие на верхнюю часть затылка, в то время как шейный отдел позвоночника находится в экстензии.

Пациент должен лишь позволить эту экстензию шейного отдела позвоночника прежде нажатия, т.к. в противном случае вместо экстензии произойдет компрессия. Лишь в результате экстензии возможно целенаправленное лечение непосредственно внизу черепа. Ротация и наклон в сторону незначительны.

Чувствительная точка на затылке (*Protuberantia occipitalis externa*)

Положение

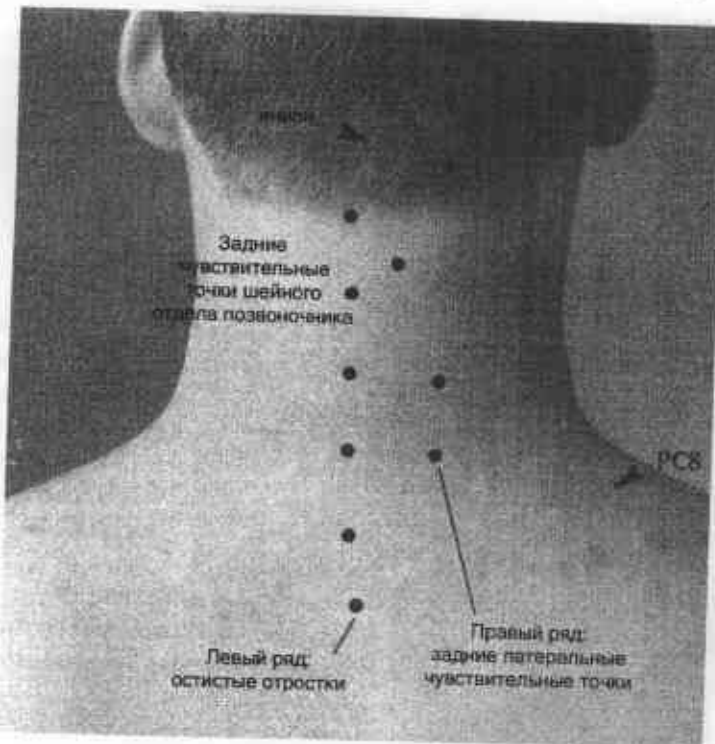
Чувствительная точка продолжающейся дисфункции (вероятно, С1) лежит в центре затылочной мускулатуры, приблизительно на 2,5 см ниже выбухания на затылке (инион) и носит то же название.

Инион (*Protuberantia occipitalis externa*) служит в качестве отправной точки для нахождения остальных чувствительных точек.

Лечение

Голова сильно наклоняется назад, при этом наибольшее сгибание проводится непосредственно в нижней части черепа.

Правый ряд:
задние латеральные чувствительные точки.



Задняя чувствительная точка C2

Самый верхний прощупываемый остистый отросток — это отросток C2.

Положение

Чувствительная точка от C2 находится на верхнем краю остистого отростка или в мускулатуре той же области.

Лечение

Лечение аналогично задней чувствительной точке C1, т.к. C1 и C2 функционально взаимосвязаны. Симптомы дисфункции также похожи.

В то время как шейный отдел позвоночника находится в экстензии, производится надавливание на верхнюю часть затылка.



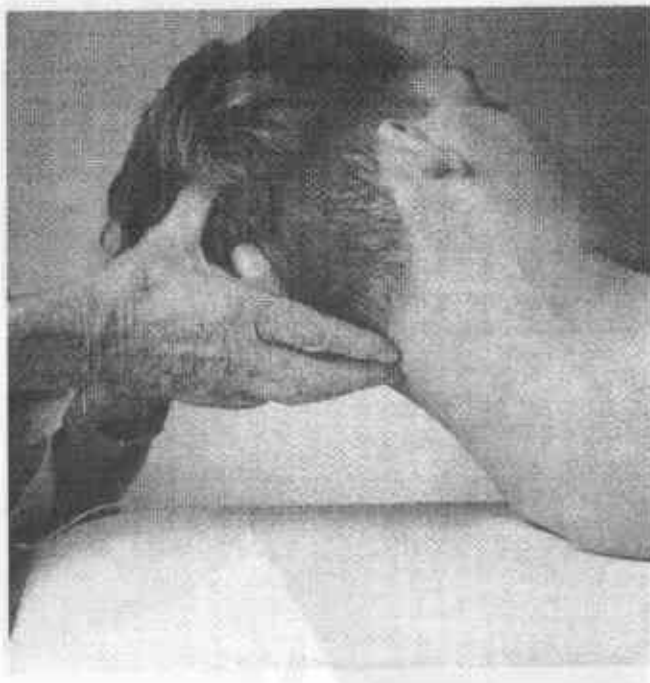
Задняя чувствительная точка C3

Положение

Чувствительные точки на нижнем краю остистого отростка C2 (второго шейного позвонка) указывают на дисфункцию третьего шейного позвонка. При головокружении эту чувствительную точку можно найти часто.

Лечение

Лечение состоит из флексии приблизительно под углом 45° , наклона в сторону и ротации в сторону остистого отростка, которая не чувствительна к боли.



Задняя чувствительная точка С4



Положение

Эту дисфункцию часто пропускают, т.к. остистый отросток С3 расположен более вентрально, чем остистый отросток С2. Прежде всего, при экстензии его можно легко пальпировать, даже если чувствительная точка не найдена.

Поэтому для обследования голову нагибают, чтобы упростить доступ к остистым отросткам.

Чувствительность к боли на остистом отростке С3 сопровождается эманацией боли. Эту точку часто можно найти у пациентов с дисфункциями суставов челюсти.

Лечение

Голова свешивается с края кушетки в экстензии. Движение производится легким нажатием на верхнюю часть затылка в правой области. При этом нажатие несколько слабее, чем при лечении С1.



Задние чувствительные точки С5, С6, С7 и С8

При дисфункции С5 головные боли, прежде всего, распространяющиеся, чем локализованные. Дисфункции С6–С8 вызывают боли и неподвижность шейного отдела позвоночника.

Положение

Боль при нажатии на остистый отросток четвертого шейного позвонка указывает на проблему сустава пятого шейного позвонка.

Альтернативная чувствительная точка для восьмого сустава позвоночника (C7/Th1) находится на поперечном отростке седьмого шейного позвонка, который часто более чувствителен к боли, чем остистый отросток. Ее можно найти глубоко в ткани сбоку на шее, позади *M. trapezius*, при этом пальпирующий палец движется так, что нажимает на обратную сторону поперечного отростка.

Лечение

Пациент лежит на спине. Голова свешивается с кушетки. Ее наклоняют назад, в сторону неболезненной стороны и наклоняют в сторону. С увеличением разгибания в лечение включаются нижние суставы.

Чувствительные точки

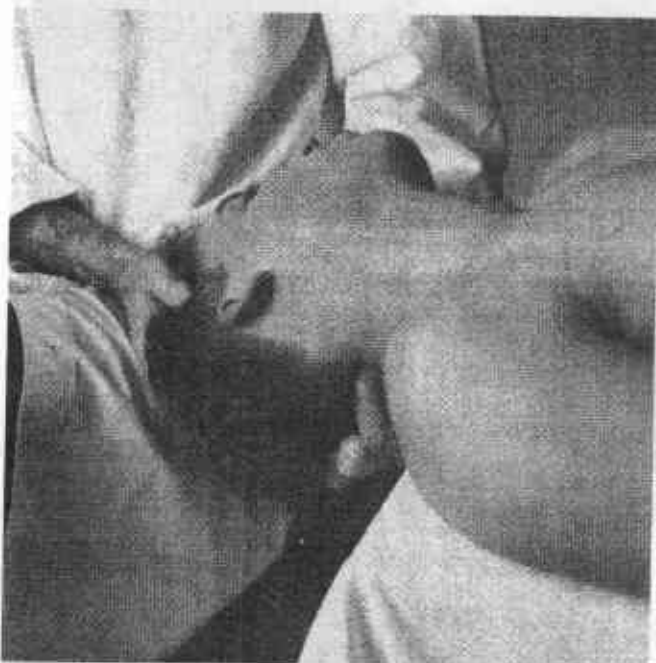
на задней латеральной стороне шейного отдела позвоночника

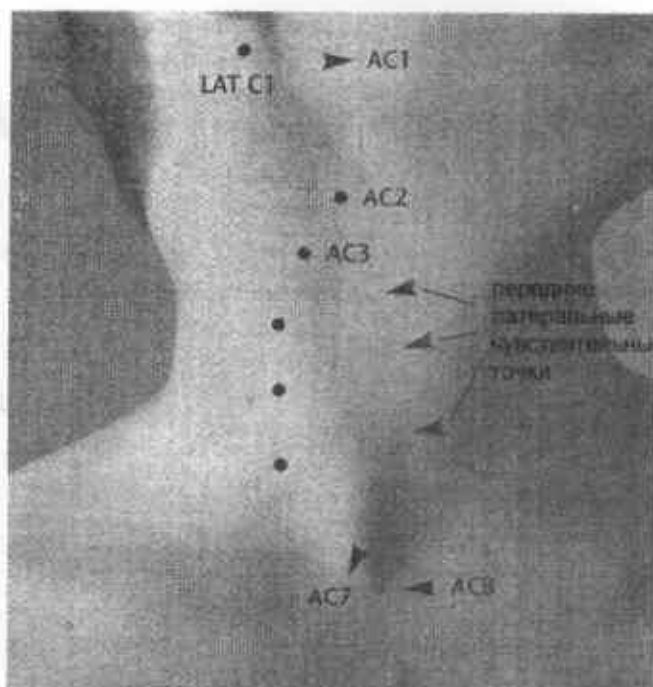
Положение

На задней латеральной стороне шейного отдела позвоночника, примерно на 1 см латерально от срединной линии, могут находиться некоторые другие чувствительные точки.

Лечение

Эти чувствительные точки требуют разгибания шейного отдела позвоночника, ротации в неболезненную сторону и часто, но не всегда, незначительного наклона в болезненную сторону.





ПЕРЕДНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНЫЕ ТОЧКИ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА



Передняя чувствительная точка C1

Положение

Эта точка лежит на заднем крае верхнего компонента *Ramus mandibulae*, у мочки уха. Поскольку она находится очень близко к суставу челюсти, ее часто принимают за дисфункцию этого сустава. Но в этом случае не требуется никакого лечения сустава челюсти.

Лечение

Производится простая ротация шейного отдела позвоночника в неболезненную сторону, часто почти на 90°.

Передние чувствительные точки С2, С3, С4, С5 и С6

Положение

Эти чувствительные точки находятся на передней стороне поперечных отростков шейного отдела позвоночника. Благодаря некоторой тренировке они легко обнаруживаются, причем пальпируется боковой шейный отдел позвоночника посредством *M. sternocleidomastoideus*, которая проходит через этот поперечный отросток.

Лечение

Шейный отдел позвоночника и голова сгибаются приблизительно на 45° . Дополнительно он примерно настолько же вращается и нагибается в безболезненную сторону.



Передняя чувствительная точка С7

Эта чувствительная точка указывает на довольно частую и значительную дисфункцию *M. sternocleidomastoideus*.

Положение

Чувствительная точка расположена в 2 – 3 см латерально стернального окончания ключицы на ее верхней стороне, где берет начало часть *M. sternocleidomastoideus*.

Лечение

Лечение состоит из сильной флексии, которая достигается посредством нажатия тенара на середину затылка.



Частая ошибка новичков состоит в том, что они нажимают не на шею, а, скорее, на голову или на верхнюю часть шейного отдела позвоночника. При этом нагружаются суставы шейных позвонков, прежде чем с достаточной силой можно воздействовать на сустав седьмого позвонка. Во время лечения голова лежит на ладони. Голова наклоняется в болезненную сторону при одновременной ротации в сторону безболезненную в результате чего максимально сокращается *M. sternocleidomastoideus*.

Эта иллюстрация показывает сильный наклон в сторону. Правильная позиция требует четкого сгибания и легкого наклона в сторону.

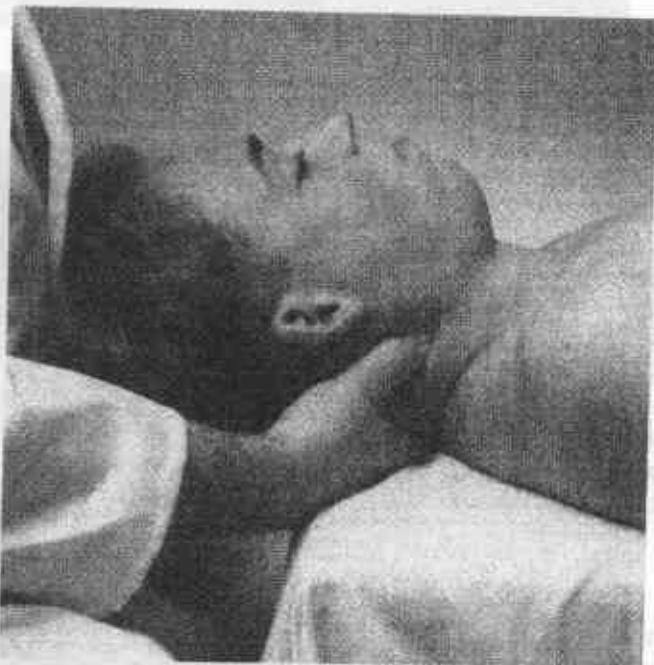
Передняя чувствительная точка C8

Положение

Чувствительная точка для этой редкой и легко поддающейся лечению дисфункции локализована на стернальном конце ключицы на стороне *Incisura jugularis* грудной кости.

Лечение

Лечение протекает подобно лечению передних чувствительных точек C2, C3, C4, C5 и C6.



Латеральная чувствительная точка C1

Первый шейный позвонок является единственным позвонком, который указывает на «латеральную стрейн-дисфункцию». Эта относительно редко встречающаяся дисфункция может быть очень важна.

Положение

Дисфункция может пальпироваться, если большой и указательный пальцы обеих ладоней находят правый и левый *Processus mastoideus*, и затем кончики пальцев пальпируют глубоко внутрь к сере-

дине. Здесь могут пальпироваться поперечные отростки шейного отдела позвоночника.

Часто эта область довольно чувствительна.

Зачастую может диагностироваться боковое различие между первым и вторым шейными позвонками. Кажется, что первый шейный позвонок скользит в сторону от

латеральной выпуклости дисфункции, и расстояние между Processus mastoideus и поперечным отростком в сопоставлении сторон различно.

При этом чувствительные к боли точки не всегда находятся на стороне латеральной выпуклости.

Лечение

Как и при других структуральных дисфункциях организма, деформация на короткое время заглушается, чтобы таким образом снять напряжение мышц, возникающее как защита против нагрузки. Для этого голова наклоняется в сторону. Особым показанием к лечению является чувствительность к боли. Ни в коем случае не следует пытаться корректировать деформацию, если не существует признаков раздражения!

Чувствительные к боли точки на передней латеральной стороне шейного отдела позвоночника

Положение

Шейные позвонки могут указывать на чувствительные к боли точки на передней стороне, которые зачастую поразительно чувствительны.

При пальпации очень важно не слишком долго нажимать на Arteria carotis interna и ее нервные сплетения, т.к. это может привести к внезапной потере сознания (как произошло со мной, когда во время занятий меня лечил мой соратник).

Лечение

Лечение подобно лечению задних латеральных чувствительных к боли точек шейного отдела позвоночника. Оно состоит из четкого сгибания головы и шейного отдела позвоночника. Ротация в неболезненную сторону и наклон в сторону чувствительной точки дополняют технику.



Хронический кашель без мокроты (но иногда и с мокротой)

Эта проблема касается шеи и поэтому протекает в этой области. Многие люди страдают от хронического кашля без мокроты. После лечения передней области шеи некоторые из моих пациентов сообщали мне о том, что я вылечил их бронхит. Многие годы я применял эту технику только для лечения кашля без мокроты, пока ко мне не

пришла одна пациентка с неподдающимся лечению воспалением легких. Она очень сильно кашляла и была совершенно изнурена. Чувствительные к боли точки у нее можно было найти на трахее, и в результате их лечения кашель заметно сократился, выздоровление ускорилося.

Эти проблемы могут как усилить другие заболевания организма, так и ускорить исцеление этих заболеваний при лечении чувствительных точек, причем в большей степени, чем это случается при исключительном применении методов традиционной медицины.



производится нажатие на противоположную сторону трахеи. Если это удастся сделать, то так называемый бронхит проходит.

Чувствительные точки

В дополнение к расположенным сверху чувствительным точкам я нашел их еще и на трахее. Они расположены большей частью в ее нижнем конце, некоторые также чуть повыше в области шеи.

Лечение

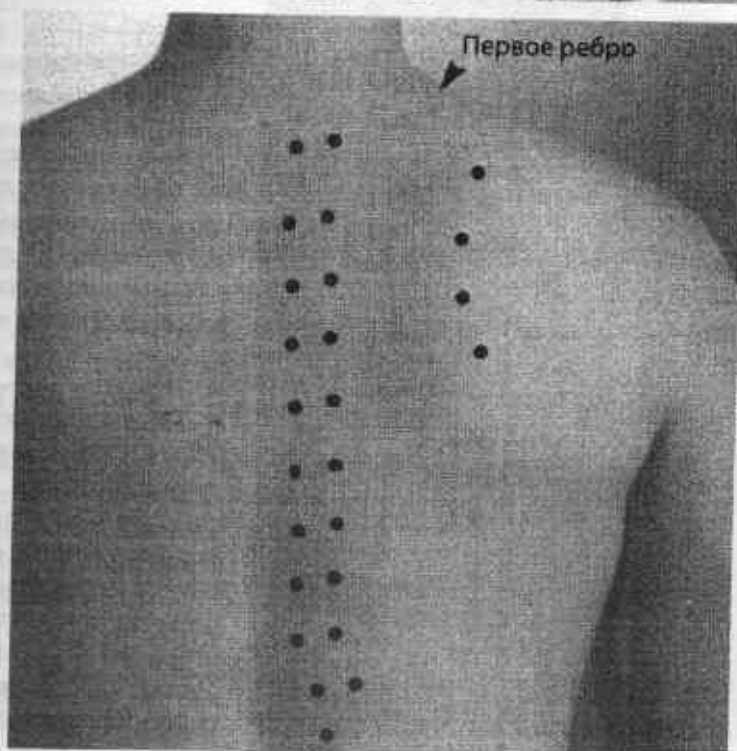
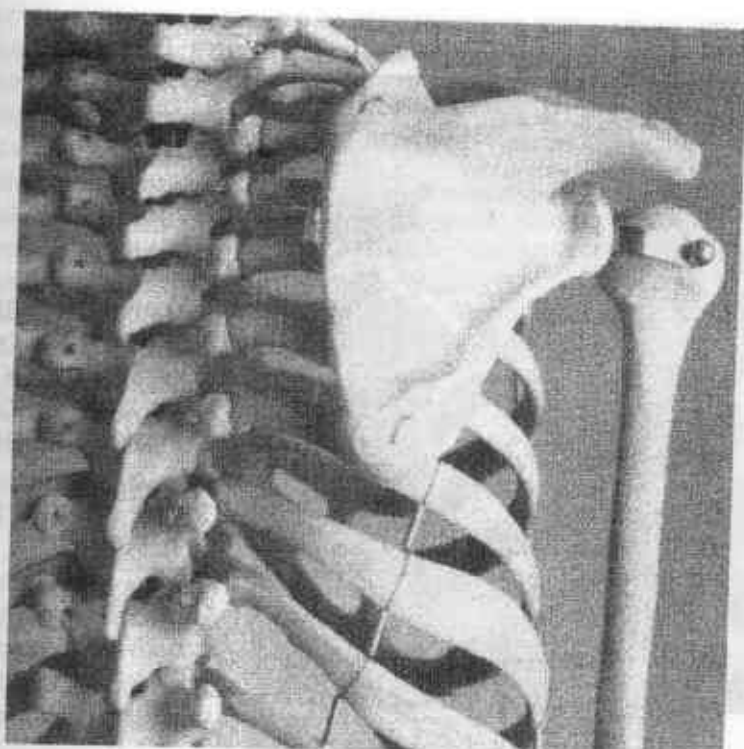
Большинство проблем снимаются благодаря лечению передних цервикальных чувствительных к боли точек, но иногда, по-видимому, требуется все-таки непосредственное лечение трахеи.

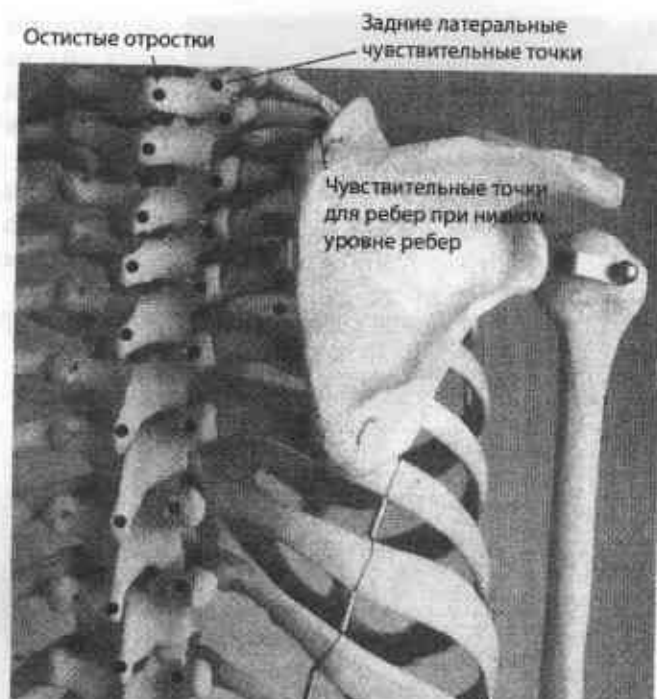
Несмотря на то что техника еще недостаточно совершенна, чувствительная к боли точка поддается лечению, если

4.2. ГРУДНОЙ ОТДЕЛ ПОЗВОНОЧНИКА

НАХОЖДЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНЫХ К БОЛИ ТОЧЕК

Большинство чувствительных к боли точек грудного отдела позвоночника можно обнаружить у лежащего на животе пациента. Если существует неясность как относительно центрально, так и латерально расположенных точек, было бы нелишне обследовать пациента, положив его на спину. При этом терапевт захватывает снизу грудную клетку пациента и проверяет болевую чувствительность. В этой позиции точки наиболее ощутимы. Это особенно полезно как для средней, так и для верхней части грудного отдела позвоночника.





ЧУВСТВИТЕЛЬНЫЕ ТОЧКИ НА ОСТИСТЫХ ОТРОСТКАХ ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Задние чувствительные точки Th1, Th2 и Th3



Положение

Как и на остистых отростках шейного отдела позвоночника, чувствительные к боли точки находятся очень близко к срединной линии тела или непосредственно на ней.

Лечение

Пациент лежит на животе, его руки свешиваются с обеих сторон кушетки. Рука врача находится под подбородком пациента и таким образом держит его голову, при этом следовало бы избегать слишком сильного надавливания на кончик подбородка. Для этого ладонь немного сгибается.

Выполняется движение назад, но не направленное краниально, поскольку иначе фокус лечения переместился бы в область шейного отдела позвоночника.

Задняя сторона ладони терапевта может большей частью опираться на кушетку.

Ротация и наклон в сторону минимальны и выполняются в неболезненном направлении. Если остистый отросток позвоночника на сегмент выше дисфункции не движется в направлении неболезненной стороны, то следовало бы поменять направление ротации при одновременном наклоне в сторону.

Задние чувствительные к боли точки Th4, Th5 и Th6

Положение

И здесь чувствительные к боли точки лежат очень близко от срединной линии тела или непосредственно на ней.

Лечение

Лечение аналогично чувствительным точкам Th1, Th2 и Th3, с той только разницей, что кисти рук пациента укладываются за край изголовья кушетки. Тем самым растяжение фокусируется на Th4, Th5 и Th6.



Задние чувствительные к боли точки Th7, Th8 и Th9

Положение

Чувствительные к боли точки лежат очень близко от срединной линии тела или непосредственно на ней.

Лечение

Чтобы осуществить растяжение в этой области,

следовало бы обеспечить экстензию шеи, что достигается с помощью, например сложенного полотенца, подкладываемого под верхнюю часть торакса пациента.

Задние чувствительные к боли точки Th10, Th11, Th12 и L1



Дисфункции на этих верхушках позвонков качественно редки.

Положение

Чувствительные к боли точки лежат очень близко от срединной линии тела или непосредственно на ней.

Лечение

Чувствительные точки на этом сегменте требуют при лечении комбинации из экстензии и ротации. Верхняя часть торакса снова поддерживается, к примеру, сложенным несколько раз полотенцем. Уже благодаря одному этому уменьшается болезненность.

Для ротации рукой обхватывается таз за Spina iliaca anterior superior и поворачивается движением назад приблизительно на 45° . Направление ротации определяется тем, что большой и указательный пальцы обеих рук захватывают остистые отростки двух пострадавших позвонков. Затем найденное отклонение направления усиливается. Если оно очень незначительное, то ротация может по ошибке проводиться в неверном направлении. При этом, однако, усиливается болезненность, вместо того чтобы ослабевать. В этом случае направление ротации необходимо изменить посредством движения в другую сторону.

ЗАДНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНЫЕ К БОЛИ ТОЧКИ ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА С ЯВНЫМ ОТКЛОНЕНИЕМ В СТОРОНУ ОСТИСТЫХ ОТРОСТКОВ

Эта редко встречающаяся дисфункция должна лечиться иначе, чем предыдущие.

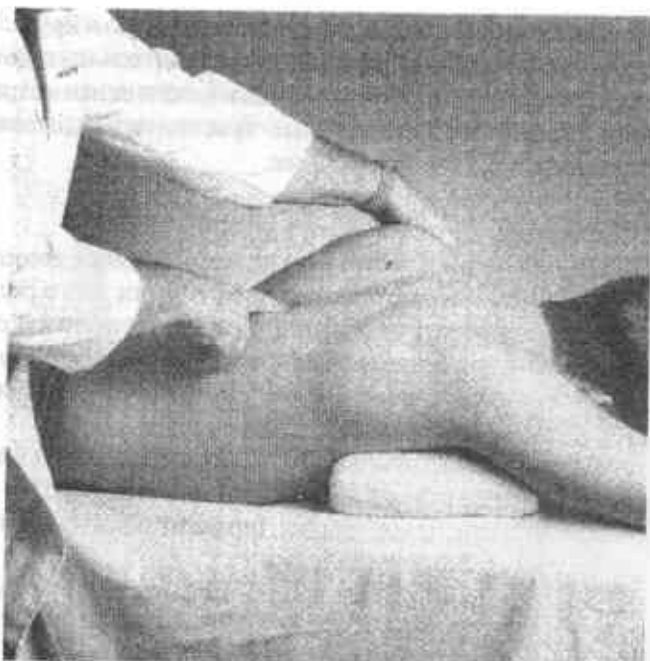
Положение

Чувствительные к боли точки отчетливо сдвинуты в сторону отклонения остистого отростка.

Лечение

Противоположное отклонению в сторону плечо оттягивается каудально и, кроме того, верхняя часть тела поворачивается назад в направлении отклонения в сторону.

И в этом случае необходимо, чтобы здесь не лечился ни один сустав, в котором нет никакой боли или чувствительности при нажатии, причем, неважно, до какой степени велико отклонение в сторону!



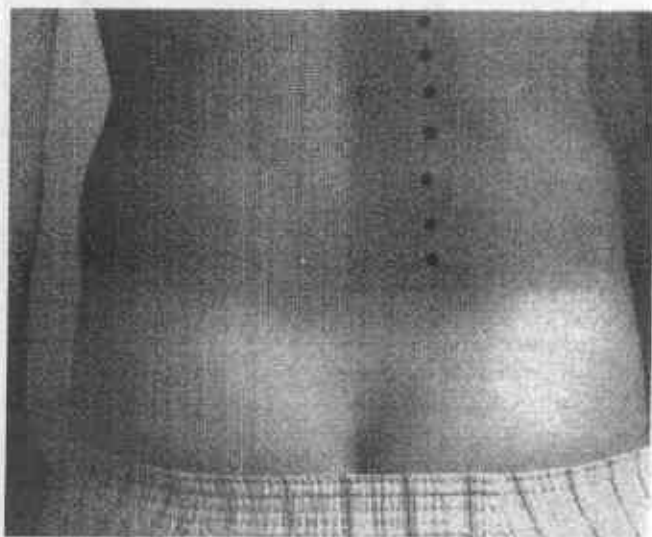
ЛАТЕРАЛЬНЫЕ ЗАДНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНЫЕ К БОЛИ ТОЧКИ ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Они расположены не на остистых отростках, скорее, латерально, между остистым отростком и отростком поперечным, либо непосредственно на самом поперечном отростке. В верхней области грудных позвонков расстояние между остистым отростком и чувствительной точкой приблизительно 2,5 см, а в нижней области и у L1 и L2 до пяти сантиметров.

Латеральные чувствительные к боли точки Th1 до L2

Положение

Чувствительные к боли точки расположены четко латерально срединной линии тела. Особенно при проблемах нижних позвонков пациент зачастую сообщает о боли в боку, вместо боли в области спины. Иногда чувствительные точки ребер путают с латеральными задними чувствительными



точками, хотя они достаточно отдалены друг от друга. При дисфункции, низком уровне ребер со второго по шестое, чувствительные точки находятся на углах ребер, расположенных приблизительно в шести сантиметрах латеральнее срединной линии тела. Задние же латеральные чувствительные точки позвонков находятся лишь примерно в 2,5 см латеральнее.

Лечение

При лечении в результате незначительных вариаций одновременно устраняются единичные и множественные дисфункции этого рода.

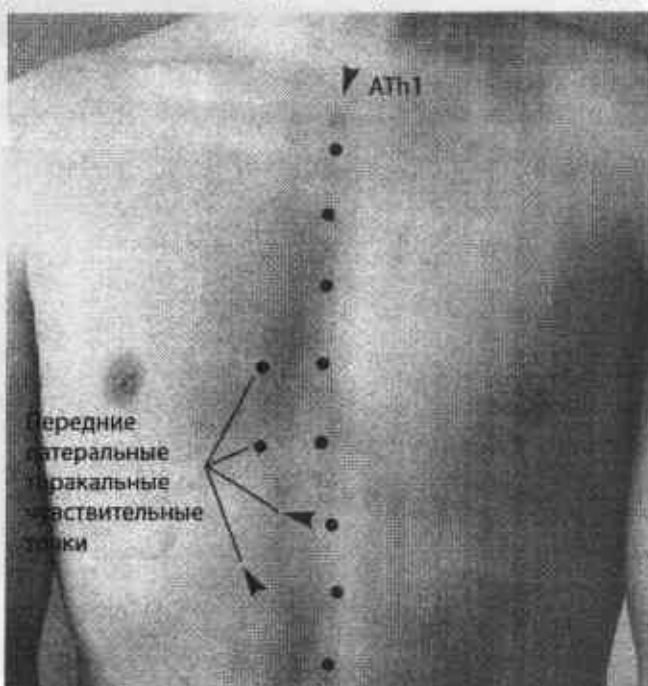
Пациент лежит на животе, рука с болезненной стороны находится возле головы. Тело сильно наклоняется в направлении не болезненной стороны и немного вращается в сторону чувствительных точек. Лицо повернуто в направлении стороны чувствительных точек.

Для верхних грудных позвонков голова и шейный отдел позвоночника также должны наклоняться в неболезненную сторону. Для этого пациенту нужно как можно дальше отвести назад голову. Терапевт обхватывает проксимальное плечо и тянет в краниальную сторону.

Многие новички используют для этого слишком много ротации и слишком малый наклон в сторону.

ПЕРЕДНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНЫЕ ТОЧКИ ТОРАКСА

Эти точки указывают также на дисфункции позвоночных суставов, хотя расположены на передней стороне тела вблизи срединной линии. Новичок по причине



отсутствия пальпационных навыков опасается спутать чувствительные точки живота, указывающие на дисфункцию суставов позвонков, с собственно повреждением органов живота. Это может выясниться посредством сгибания тела. В то время как в результате изменения положения тела фактически чувствительные точки становятся менее болезненными, возникающая при повреждении органов боль отнюдь не становится меньше. Таким образом, отчетливое облегчение боли подтверждает, что в болезненном месте речь идет о чувствительной точке дисфункции сустава. Для того чтобы быть совершенно уверенным, вновь

проверяется болезненность, после чего пациент опять возвращается в нейтральную позицию. Если облегчение боли продолжается, что бывает в большинстве случаев, то терапевт знает, что он эксперт, но не хирург. В сомнительных случаях пациенту следовало бы рекомендовать сделать рентгеновский снимок.

Положение

Верхние семь чувствительных точек находятся на или вблизи грудины, обычно на срединной линии. При наличии некоторого пальпаторного навыка на этой лишь кожей покрытой кости могут быть обнаружены напряжение и припухлости.

Передние чувствительные точки от Th8 до Th11 находятся глубоко в области живота, недалеко от срединной линии. Передние чувствительные точки Th12 и L1 расположены далее латерально и поэтому их труднее спутать.

Лечение

Все чувствительные к боли точки лечатся почти исключительно с помощью четкого сгибания. Цель — согнуть пострадавший сегмент. Вопреки теоретическим рассуждениям о возникновении дисфункции и об отсутствии мышечного сообщения о нагрузке, является очевидным, что успешное лечение требует сгибания сегмента, а не только сокращения длинной мышцы-сгибателя позвоночника.

Передние чувствительные точки Th1 и Th2

Положение

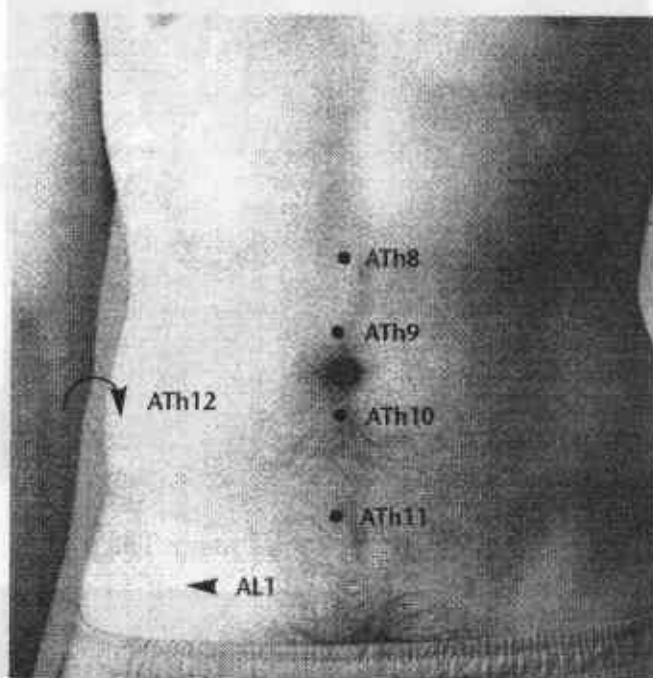
Чувствительная к боли точка для Th1 находится у основания Fossa jugularis. При пальпации надавливается по направлению книзу.

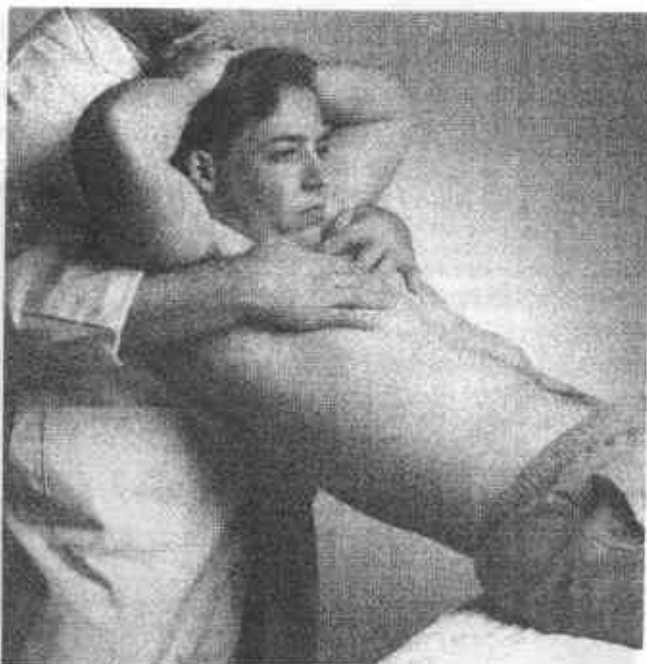
Болевая точка для Th2 находится на передней части Manubrium sterni.

Лечение

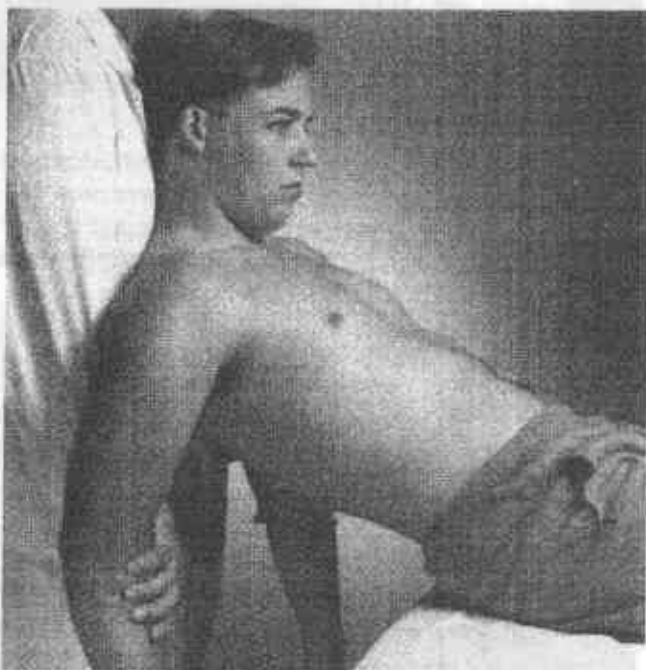
Обе точки хорошо реагируют на фиксированное сгибание шеи.

Для этого пациент садится поперек кушетки и «сцепливает» руки над головой. Терапевт стоит позади пациента. Он просовывает свои предплечья под руки пациента и пальпирует болевые точки. Пациента просят опереться на верхнюю часть тела врача и затем наклоняют его вниз до тех пор, пока шея будет достаточно согнута.





Передние чувствительные точки Th3 и Th4



После этого растяжения пациент обычно хочет самостоятельно выпрямиться. Объясните ему, что вернуть его в нейтральную позицию является вашей задачей.

Положение

Чувствительные к боли точки лежат на вершине соответствующего реберного хряща.

Лечение

Снова терапевт стоит позади сидящего пациента, руки которого свисают за его телом. Терапевт обхватывает медиальные стороны суставов рук пациента и проводит пронацию/тракцию дистально. Чтобы повысить сгибание грудного отдела позвоночника и вселить уверенность в пациента, верхняя часть корпуса терапевта упирается в верхнюю часть грудного отдела позвоночника пациента.

Хотя при этом чувствительная к боли точка не может пальпироваться, лечение в принципе простое и довольно успешное.

Передние чувствительные точки Th5, Th6, Th7, Th8

Положение

Все чувствительные точки находятся недалеко от срединной линии.

Th5 лежит приблизительно на 2,5 см выше Symphysis xiphosternalis, Th6 на Symphysis xiphosternalis, Th7 — на вершине Processus xiphoideus, а Th8 расположена на 4 см ниже Processus xiphoideus.

Лечение

Для лечения в этой области требуется значительное применение силы, чтобы добиться достаточной флексии. Во время подготовки первого издания книги «Strain-Counterstrain» я по сути не был удовлетворен ни одной из выработанных мною техник. Но вскоре студенты показали мне некоторые эффективные техники, которые они выработали сами. Здесь эти техники представлены. Первым тогдашним студентом был Харольд Шварц (Harold Schwartz), доктор остеопатии, FAAO, позднее написавший статью о том, как мои техники могут применяться при острых случаях у больных в стационарах.

При этом методе терапевт устанавливает свое колено под грудной отдел позвоночника пациента, лежащего на спине. Спина пациента находится на



бедре терапевта. Далее передней частью бедра врач надавливает на верхнюю часть грудного отдела позвоночника пациента, в результате чего возникает достаточная для лечения флексия. Другим тогдашним студентом был доктор Дуглас Лонгдон (Douglas Longdon), врач из Англии, работающий в Канаде. Во время его техники пациент подтаскивается в направлении изголовья кушетки до тех пор, пока терапевт стороной своего бедра сможет достаточно сильно надавливать на верхнюю часть грудного отдела позвоночника пациента. Поскольку область плеч может располагаться еще выше, чем при технике Шварца, техника Лонгдона особенно подходит для седьмого и восьмого грудных позвонков.

Передние чувствительные к боли точки Th9, Th10, Th11, Th12 и L1



Пальпация передней чувствительной точки L1 происходит, начиная с 2,5 см медиально Spina iliaca спереди выше подвздошной кости и затем глубоко надавливается латерально.

Лечение

Проводятся четкая флексия и легкая ротация ног в болезненную сторону, предпочтительнее на кушетке, на которой может быть поднято изголовье. Если это сделать невозможно, то под таз лежащего на спине пациента подкладывается толстая подушка, чтобы привести во флексию нижние грудные и верхние поясничные позвонки. Посредством легких вариантов этой техники могут быть вылечены все чувствительные к боли точки.

Для эффективного лечения пострадавший сегмент должен быть растянут. Для этого у пациента должны быть согнуты колени, а бедра приведены во флексию прибли-

Эти дисфункции часто являются причиной болей в области поясничных позвонков и приводят к ограничению экстензии.

Положение

Чувствительные к боли точки для этих позвонков, за исключением Th12, лежат недалеко от срединной линии глубоко в области живота. Чувствительная точка Th9 находится приблизительно на 1 см выше пупка.

Th10 расположена на 1-2 см ниже пупка. Th12 находится на внутренней стороне Ala ossis ilii на середине подмышечной линии.

зительно на 135°. Затем колени легко оттягиваются в болезненную сторону, примерно на 20°. Важно, чтобы не только ноги медленно возвращались назад, но и подушка очень медленно убиралась.

Передние латеральные чувствительные к боли точки Th5, Th6, Th7 и Th8

Эти дисфункции отличаются от других торакальных дисфункций тем, что для них при лечении в большей степени необходима флексия. Они также ответственны за боли в подложечной впадине и вдобавок поддерживают лечение язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Часто также случается, что эти дисфункции совместно с центрально расположенными передними чувствительными точками Th5, Th6, Th7 и Th8 являются причиной хронической усталости, прежде всего в том случае, если пациент просыпается утомленным. Пока не ясно, являются ли они исключительно межпозвонковыми дисфункциями, или это разновидность реберно-позвоночных дисфункций.

Положение

Чувствительные точки находятся на реберном хряще соответствующей области. Чувствительные точки для Th5 и Th6 расположены на краю грудины, Th7 и Th8 на 2,5 см или больше латеральнее Processus xiphoideus, на внутренней медиальной стороне реберного хряща.

Лечение

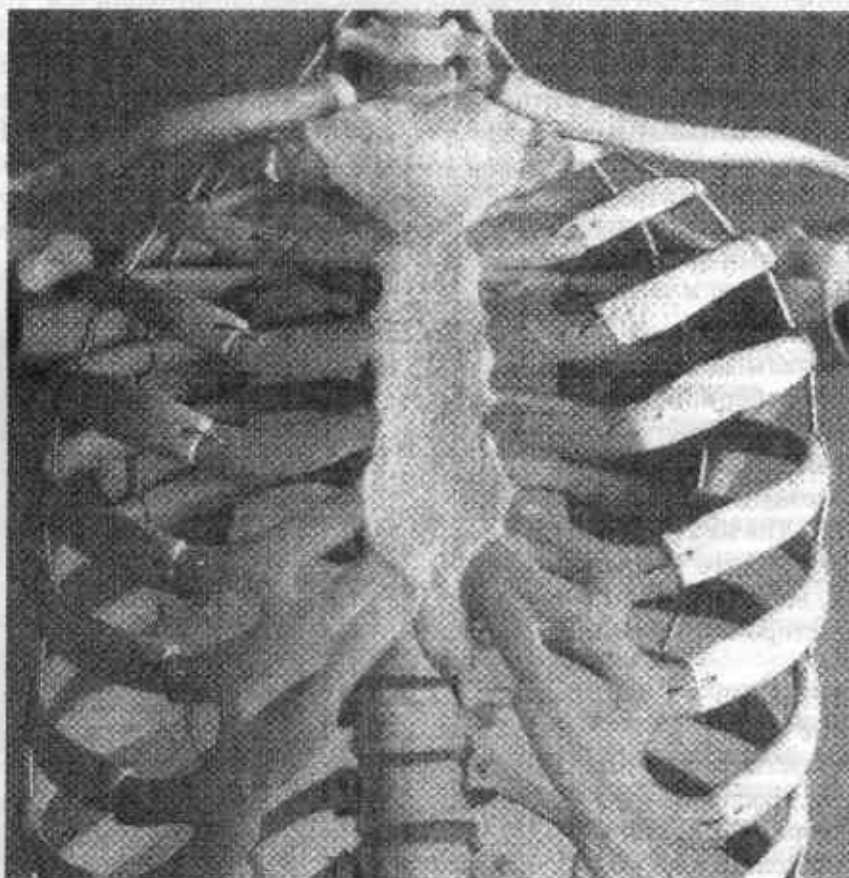
Используется комбинация из флексии, наклона в болезненную сторону и ротации в сторону неболезненную. Наклон в сторону должен быть очень незначительным, т.к. иначе невозможно будет найти идеальную неболезненную позицию.

Для этого терапевт ставит ногу на кушетку, и пациент кладет свое плечо на его колено, на котором лежит подушка. Пациент поворачивает свое лицо в направлении подушки, кладет на нее голову и таким образом опирается на бедро терапевта. Наклон в сторону ограничивается, поскольку внутренняя часть бедра нажимает на торака пациента. Нажатием предплечьем на плечо больной стороны пациента достигается флексия.



Поскольку особенно передняя чувствительная точка для Th8 представляет собой переходный элемент, ее можно проще и эффективнее лечить вместе с чувствительными точками, расположенными непосредственно ниже, чем с теми, что находятся выше.

4.3. РЕБЕРНО-ПОЗВОНОЧНЫЕ СУСТАВЫ



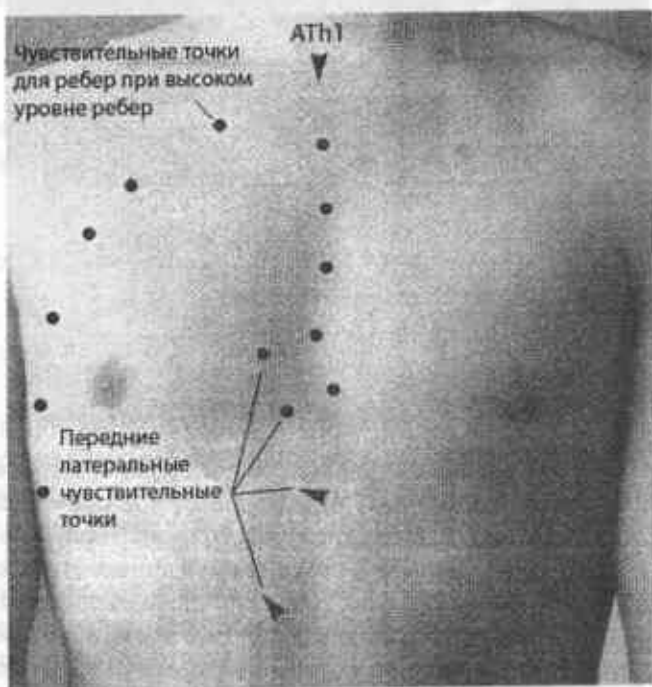
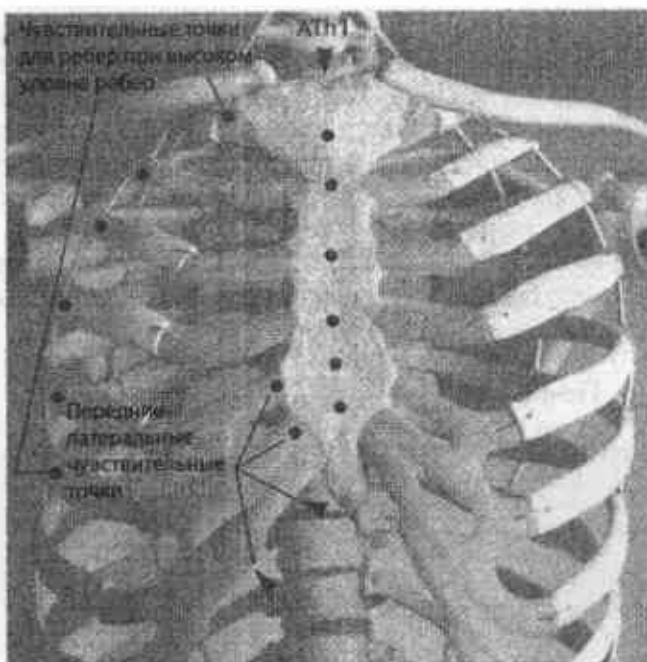
ДИСФУНКЦИИ

Большинство дисфункций реберно-позвоночных суставов связано с дисфункциями суставов грудных позвонков. Важнейшими являются верхний пятый сегмент и верхние шесть ребер, а иногда также восьмое и десятое ребро. Т.к. проблемы с ребрами и дисфункции пяти верхних суставов грудных позвонков тесно связаны друг с другом, их следовало бы рассматривать вместе.

Лечение

В главе о последовательности лечения (глава 3.3) советуется в первую очередь лечить наиболее болезненные дисфункции. Но здесь имеется одно исключение. Поскольку ребра намного болезненнее позвоночных суставов, последние следовало бы лечить сначала, т.к. головки ребер, за исключением первого ребра, находятся между двумя соседними позвонками. При нарушенной функции позвонков лечение реберно-позвоночных суставов в большинстве случаев безуспешно.

Хотя в первой книге чувствительные к боли точки межреберных промежутков описывались как реберные проблемы, они сходны с латеральными передними чувствительными точками Th5, Th6, Th7 и Th8, поскольку лечение основных нарушений идентично. Большинство улучшений в этом новом издании произошло по инициативе терапевтов, которые были не совсем согласны с моими первоначальными предложениями по лечению. Следующее предложение по улучшению принадлежит доктору остеопатии Мюррею Блэку (Murray Black), практикующему в Якиме, штат Вайоминг. С тех пор я применяю этот метод и считаю его наиболее успешным и простым, чем мой собственный. Это является еще одним поводом для того, чтобы сказать, что пределов для совершенства не существует. Я всегда бываю благодарен, если кто-то из моих студентов предлагает какое-то улучшение.



Для лечения передних чувствительных точек средней части грудного отдела позвоночника по доктору Блэку пациент лежит на спине. Затем проводится пронация предплечья при одновременной тракции каудально и немного вперед. На основании новых интерпретаций в настоящее время существует только два вида проблем с ребрами, а именно, повышенный и пониженный уровень ребер.

Ребра лечатся снизу вверх, в данном случае лечение и локализация чувствительных точек до второго ребра соответствуют схеме.

Поскольку я не успел попросить доктора Геринга продемонстрировать техники доктора Блэка, я представлю здесь свои собственные техники.

Повышенный уровень ребер



Как было упомянуто при технике для средних и верхних латеральных передних чувствительных точек, иллюстрации в первом издании привели к тому, что большинство студентов слишком много применяли наклон в сторону. И в этом случае для ограничения наклона в сторону внутренняя сторона бедра терапевта надавливает на торака пациента. Если кушетка слишком высока для этого, можно также использовать плечо. Для этого терапевт садится рядом с пациентом, рука последнего перекидывается через плечо терапевта, который находится непосредственно у торакса пациента. Этот вариант может также применяться при лечении пониженного уровня ребер.

3-е ребро и ниже

Чувствительные точки

Чувствительные точки находятся на передней подмышечной линии. Их легко можно найти на латеральном краю *M. pectoralis major*.

Лечение

Позвоночник на соответствующей области наклоняется и вращается — при одновременной легкой флексии — в сторону повреждения.

Простейший способ достижения этой позиции: рука здоровой стороны лежит на колене и бедре терапевта, предпочтительнее обернутыми подушкой.

Первое и второе ребро

Эти дисфункции не являются типичными как по причине расположения чувствительных точек, так и по методам лечения. Как и в других ребрах, при повышенном уровне ребер боль, которую чувствует пациент, в большинстве случаев локализуется в нижней плечевой области.

Чувствительные точки

Повышенный уровень первого ребра указывает на чувствительную точку непосредственно ниже ключицы и строго латерально грудной кости.

При повышенном уровне второго ребра точка лежит на 4 см ниже середины ключицы.

Лечение

Обе дисфункции лечатся идентично. Пациент лежит на спине. Терапевт сгибает его голову и шею приблизительно на 45° , вращая и наклоняя их в болезненную сторону также примерно на 45° .

Пониженный уровень ребер

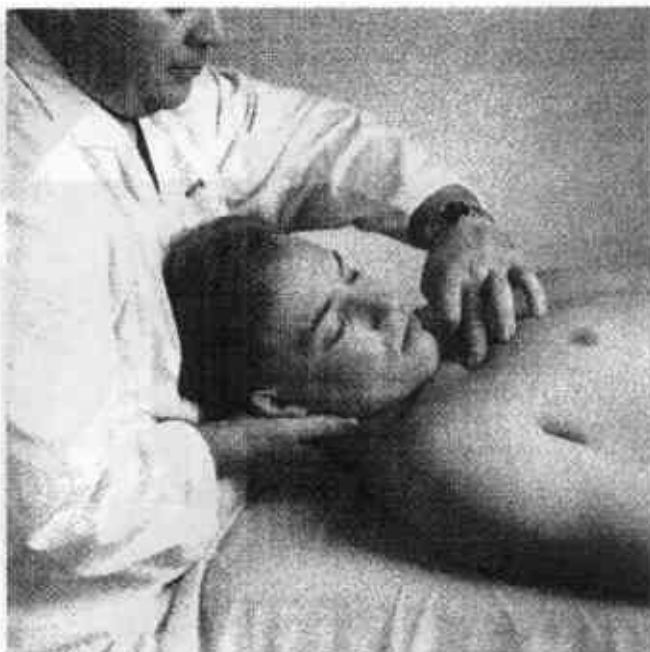
Ребра 3, 4, 5 и 6

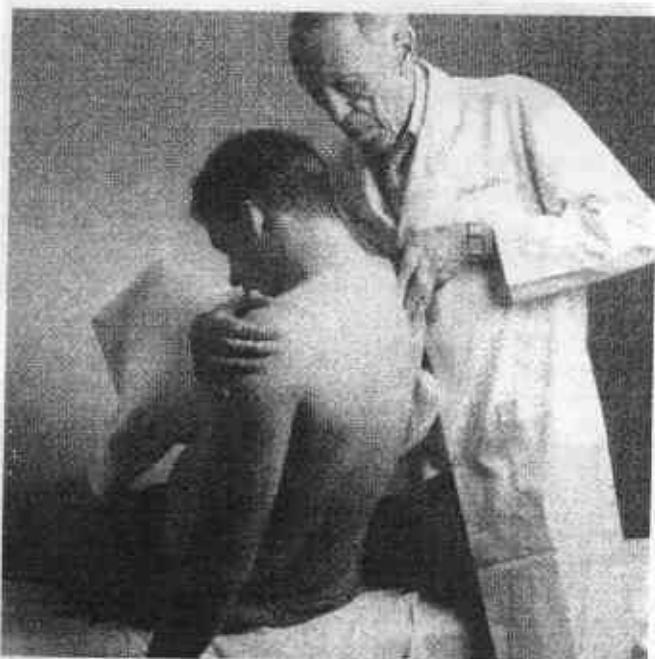
Чувствительные точки

Чувствительные точки этих дисфункций находятся на поврежденных ребрах во второй торакальной области. В первом издании этой книги углы ребер на дорсальном тораксе указывались как болезненная область, примерно на 6 см латерально к срединной линии тела (не 2,5 или меньше, что указывало бы на латеральную внутрипозвоночную дисфункцию).

Во избежание неясностей рука больной стороны протягивается над передней стороной грудной клетки к другой стороне. Тем самым лопатка сдвигается вбок и освобождает углы ребер для пальпации.

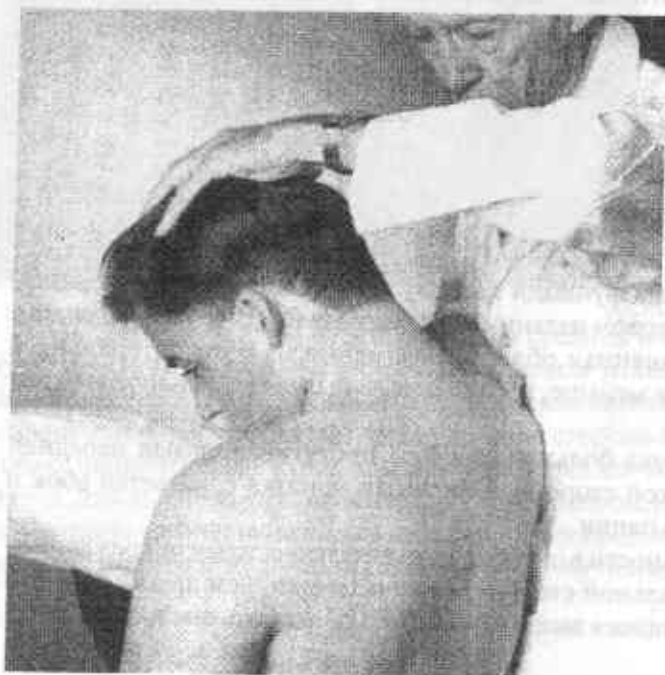
Помимо болевой чувствительности в области чувствительных точек поврежденное глубоко лежащее ребро на дорсальной стороне менее выдается, чем другие ребра. В противоположность ему находящиеся выше ребра дорсально очень выступают.





Движение между ребрами в большинстве случаев легко чувствуется, если достигнута идеальная позиция.

Второе ребро



Другая, также эффективная область для пальпации чувствительных к боли точек при пониженном уровне ребер находится на средней подмышечной линии.

Лечение

Независимо от того, используются ли латеральные или расположенные на подмышечной линии чувствительные точки, лечение состоит из наклона в сторону и ротации в неболезненную сторону. В данном случае также следовало бы, как уже было сказано выше, осуществлять наклон ограниченно, т.к. иначе нельзя будет найти оптимальную позицию для ребер.

Чувствительная точка

Чувствительная точка и здесь также находится дорсально на углу ребра, приблизительно в 8 см латерально срединной линии. Для пальпации рука больной стороны протягивается над передней стороной грудной клетки к другой стороне, чтобы посредством сдвига лопатки латерально обеспечить доступ к углу ребра.

Лечение

Оно проводится обособленно, т.к. для лечения дополнительно применяются ротация и наклон в сторону шейного отдела позвоночника. Только одно нажатие на плечи

не оказывает достаточного действия на верхние ребра, необходимого для того чтобы устранить дисфункцию.

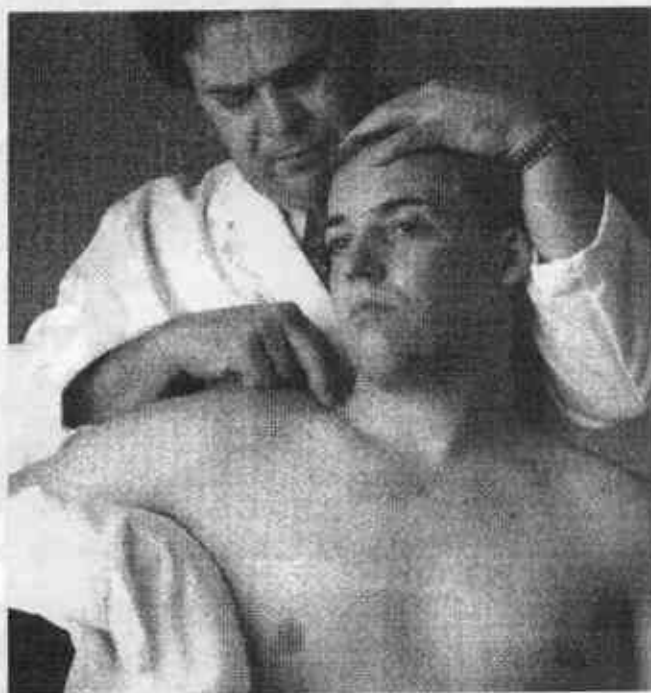
Первое ребро

Чувствительная точка

Она лежит на верхних поверхностях первого ребра у основания шеи недалеко от ее соединения с позвоночником. Производится нажатие на поверхность мышц до тех пор, пока станет можно пальпировать кость.

Лечение

Шейный отдел позвоночника приводится в экстензию, причем очень незначительную, что осуществляется с очень малой силой. Этот вид лечения намного эффективнее грубых импульсных техник, которые я изучал, и затрачивает менее чем 5% силы. Незначительная ротация и наклон в сторону дополняют технику.



4.4. СУСТАВЫ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

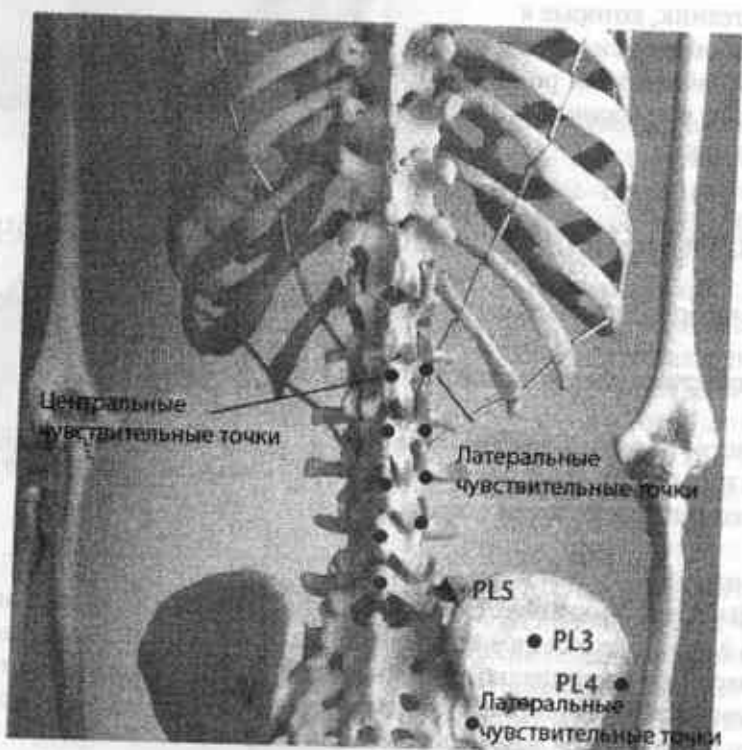
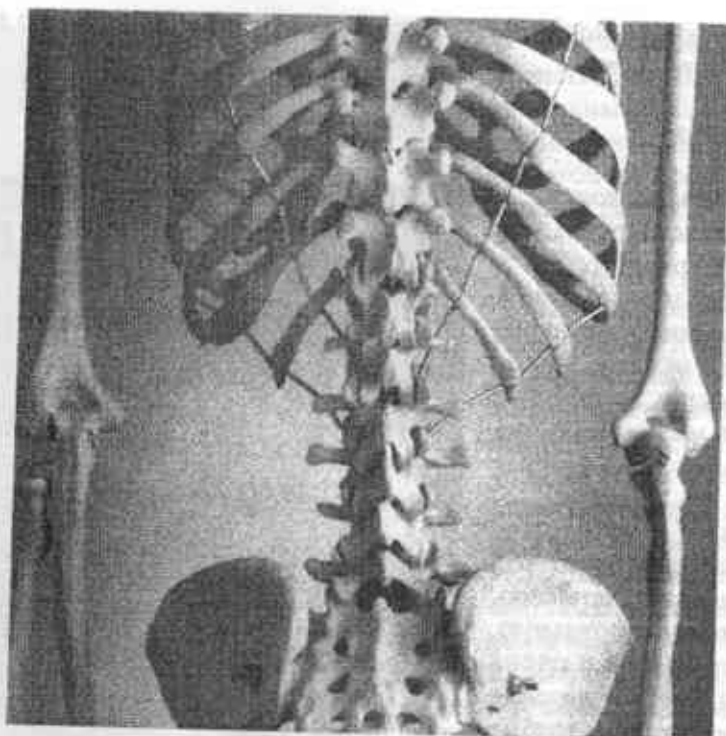
Задние чувствительные точки поясничного отдела позвоночника

Задние чувствительные точки L3, L4 и L5

Большинство болезней поясничного отдела позвоночника возникают по причине дисфункций трех нижних поясничных позвонков, которые согласно их относительной важности рассматриваются снизу вверх.

Положение

В нижней части спины имеются три различные чувствительные точки. Важнейшим ориентиром для пальпации является Spina iliaca posterior выше подвздошной кости, эта точка находится в краниальной части, приблизительно на 4 см латеральнее срединной линии тела. Другим ориентиром является сильная M. tensor fasciae latae сбоку таза, которая простирается выше третьего ориентира, Trochanter major бедра.



Чувствительная точка для дисфункций пятого поясничного позвонка может пальпироваться на верхнем и медиальном крае Spina iliaca posterior.

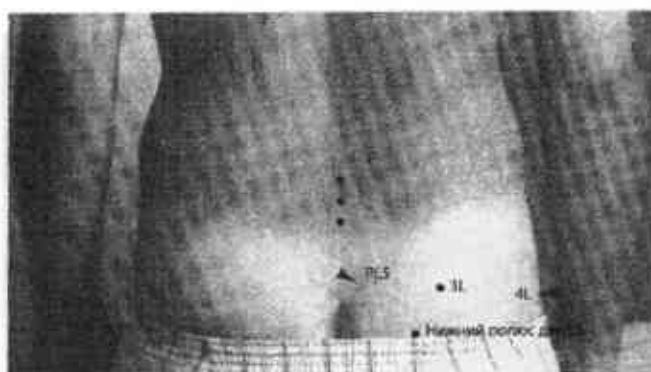
Чувствительная точка L4 находится на 1 см позади M. tensor fasciae latae, посередине между Trochanter major и Crista iliaca.

Чувствительную точку L3 можно найти при пальпации чувствительных точек L4 и L5 в середине между этими двумя.

Лечение

Для лечения всех этих дисфункций нога больной стороны приводится в экстензию. При этом степень экстензии и ротации варьируется в зависимости от чувствительной точки.

Пациент лежит на животе. Колено терапевта находится под голенью больной ноги. В зависимости от роста терапевта и высоты кушетки могут быть использованы также и другие вспомогательные средства. Если сейчас сила при поднятии ноги направляется непосредственно под колено пациента, то колено, бедро и нижняя часть поясничного отдела позвоночника остаются в экстензии. Если при поднятии ноги сила приходится на 16 см выше колена, то собственно экстензия в нижней части поясничного отдела позвоночника будет ослаблена и дополняется от ротации. Итак, в зависимости от различного приложения силы к ноге пациента достигаются различные варианты техник.



Лечение L5



Лечение L3



Лечение L4

Чувствительная точка нижнего полюса



Чувствительные точки на остистых отростках

Положение

Как при нижних грудных позвонках и при первом поясничном позвонке, чувствительные точки и для прочих поясничных позвонков могут находиться на остистых отростках. И в этом случае для оценки направления ротации большой и указательный пальцы обеих рук захватывают соседние остистые отростки, и найденная неправильная позиция усиливается.

Для лечения задней чувствительной точки L5 рука терапевта устанавливается чуть ниже колена пациента, нога которого поднимается в экстензии.

Для L4 рука обхватывает бедро приблизительно на 8 см выше колена, а при лечении L3 — на 16 см выше колена.

Положение

Эта точка пальпируется на 2,5 см ниже Spina iliaca posterior superior.

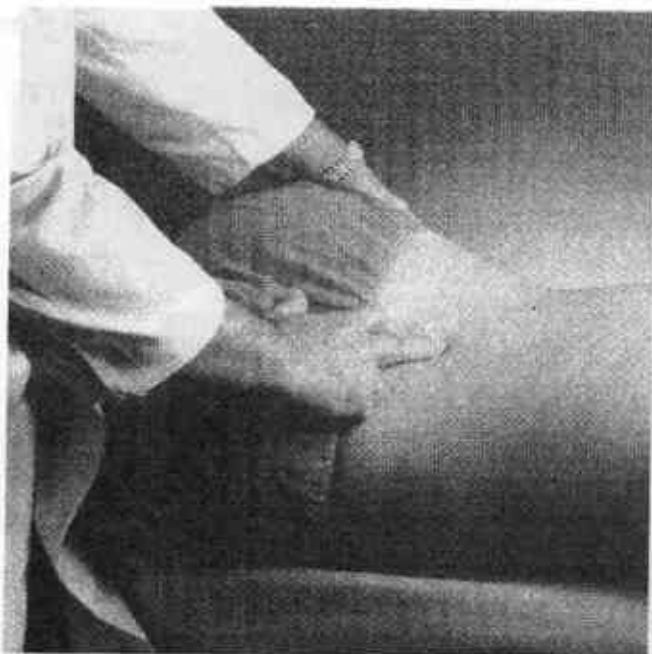
Другая чувствительная точка лежит на верхней поверхности первого остистого отростка крестца.

Лечение

Больная нога лежащего на животе пациента опускается вниз с кушетки до тех пор, пока бедро не будет направлено вертикально. Колено сгибается под углом в 90° и легко прижимается к краю кушетки медиально.

Лечение

Не требуется никакой экстензии. Ротация таза приблизительно на 45° достигается с помощью движения рукой Spina iliaca anterior superior (см. лечение задних чувствительных точек Th10, 11, 12 и L1, на стр. 69).



Передние чувствительные точки поясничного отдела позвоночника

Передние чувствительные точки L2, L3, L4 и L5

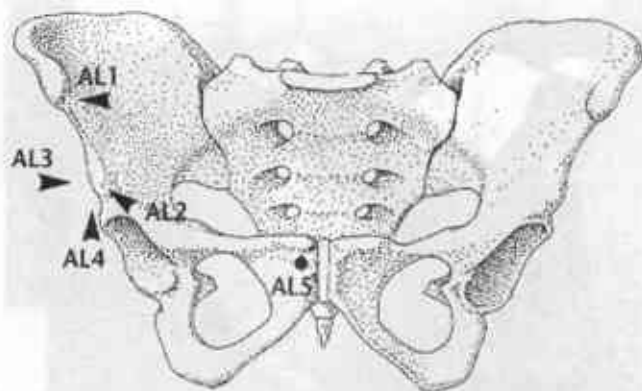
Положение

Передние чувствительные точки L2, L3 и L4 находятся на костном возвышении Spina iliaca anterior inferior, которое находится приблизительно на 4,5 см ниже и чуть медиальнее Spina iliaca anterior superior.

Для нахождения этой точки требуется определенный опыт, т.к. она расположена не столь поверхностно, как Spina iliaca anterior superior. Легче всего она пальпируется, если лежащий на спине пациент придвигает ноги.

Для пальпации чувствительных точек необходимо отыскать Spina iliaca anterior inferior.

Чувствительная точка для L2 чуть медиально на нижней стороне Spina iliaca anterior inferior.





Брюшная чувствительная точка L2



поддерживаются дистально, немного приподнимаются и наклоняются в неболезненную сторону.

Лечение

Лечение передних чувствительных точек L2.

Пациент лежит на спине. Производится ротация таза приблизительно на 60° . Для этого пациент подтягивает ноги, и они отводятся в неболезненную сторону. Часто при этом пациент чувствует боль в нижней части бедер, которая может быть устранена посредством дистального движения за лежащее сверху колено.

Если пациент расслаблен, его стопы при проведении техники падают в сторону и тем самым способствуют успешному наклону в неболезненную сторону.

Следующая чувствительная точка ответственна за дисфункции L2, т.к. она лечится подобно предшествующей дисфункции, только ротация происходит в другом направлении.

Положение

Эта брюшная чувствительная точка лежит на 6 см латеральнее и на 1,5 см ниже пупка на брюшной стенке.

Лечение

Таз вращается в болезненную сторону, причем далее производится наклон в неболезненную сторону. Вместо того чтобы позволить стопам свешиваться в сторону, голени

Передние чувствительные точки L3 и L4

Эти дисфункции случаются крайне редко и менее важны, чем дисфункции L2.

Положение

Болезненность на латеральном крае Spina iliaca anterior inferior указывает на дисфункцию L3, а чувствительная к боли точка на внутренней стороне Spina iliaca anterior inferior — на дисфункцию L4.

Иногда дополнительная чувствительная точка находится на верхней медиальной стороне Spina iliaca anterior inferior, эта точка ответственна за дисфункции таза.

Лечение

Обе чувствительные точки лечатся посредством наклона в неболезненную сторону. Для этого производится флексия бедер и коленей на 90° и стопы оттягиваются в неболезненную сторону. Многие новички при этом путают этот наклон поясничного отдела позвоночника в сторону, достигаемый с помощью движения стоп латерально, с ротацией посредством движения коленей.

При лечении чувствительной точки на верхней медиальной стороне Spina iliaca anterior inferior бедро больной стороны еще больше сгибается.

Передняя чувствительная точка L5

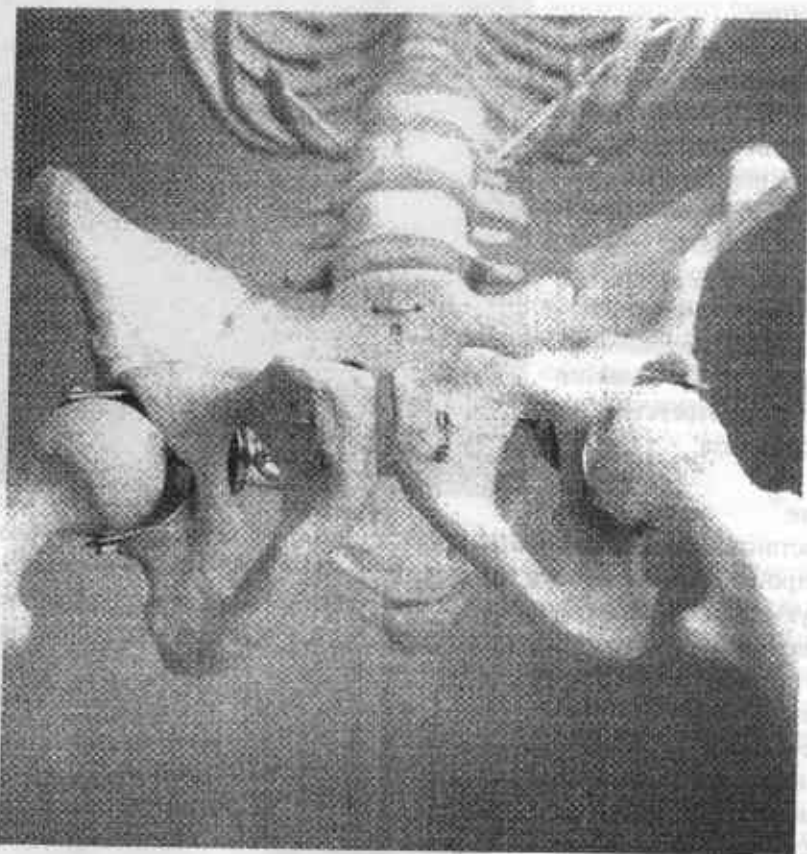
Положение

Часто встречающаяся дисфункция L5 указывает на чувствительную точку на передней стороне Os pubis, в области на 1 см латеральнее Symphysis pubica.



Лечение

Бедрa сгибаются приблизительно на 135° , и колени немного движутся в болезненную сторону.

4.5. ТАЗ**Дисфункции**

От торакса таз отличается тем, что одна сторона движется относительно другой стороны без движения в одном направлении всего позвоночника. Вначале уделялось внимание только нарушениям подвздошно-крестцовых суставов, вероятно, потому, что тогдашняя концепция о неполном вывихе вряд ли допускала мысль о том, что подобное нарушение может также иметь отношение к суставу, который все еще осуществлял движение на 180° , как это случается с ореховидным суставом бедер. После того как концепция о неполном вывихе была заменена концепцией дисфункциональных проприоцептивных рефлексов, стало возможным, чтобы ореховидный сустав мог создавать и поддерживать мнимые сообщения о перегрузке.

Новая концепция была полезна, поскольку до этого времени часто не было никакого убедительного объяснения для болей в области таза. После того как я, спустя годы, обнаружил другие дисфункции в области таза, я все еще не был уверен в том, какая часть таза связана с болезненными дисфункциями в этой области, которые зачастую отражались также и на бедрах. Это должно было действовать довольно обескураживающе, однако я думал, что то, что мы до сих пор считали правильным, на деле еще меньше соответствует действительности, чем мы предполагали. По меньшей мере, мы хотя бы могли исходить из того, что имеем ответ относительно причины дегенерации суставов бедер и суставов поясничных позвонков.

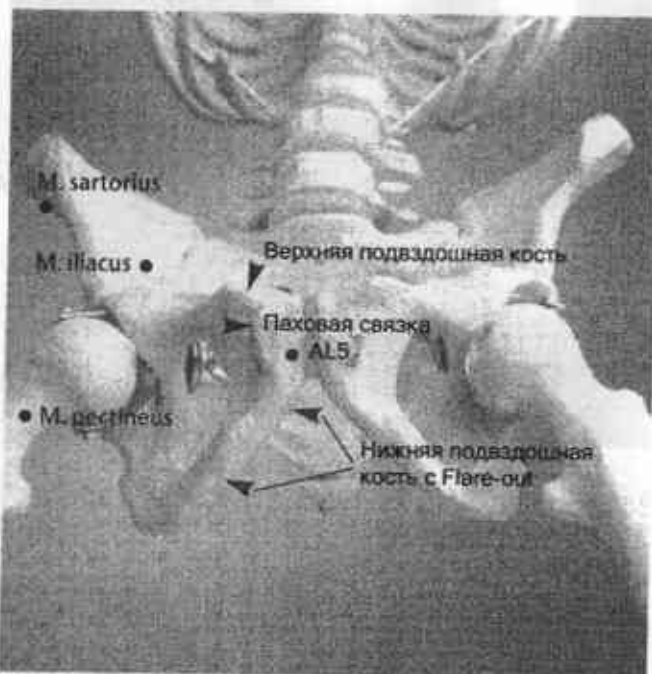
Ясно было одно: при дисфункциях, которые мы рассматриваем в связи с суставом бедра, особенное влияние на боль оказывает позиция бедра. Одна позиция усиливает боль, а другая уменьшает ее. К примеру, пациент сообщает, что боли возникают только при сидении. То же самое касается и плеч. Боль намного сильнее связана с позицией рук, чем это случается при дисфункции сустава грудного позвонка. Основываясь на этих наблюдениях, нарушения описываются как крестцово-подвздошные или как дисфункции суставов бедер.

Чувствительные точки

Поскольку мы для диагностики и лечения в большей степени полагаемся на локализацию чувствительных к боли точек, чем на доказательство дисфункции и на четкое и моментальное ослабление болезненности при достижении идеальной позиции, можно практически исходить из того, что реакция организма на лечение терапевта укажет врачу правильный путь.

Поскольку задняя область таза обильно покрыта мышечной и жировой тканью, при локализации чувствительных точек следует особенно полагаться на определенные ориентиры. Наиважнейшим из них является Spina iliaca posterior superior. Для этого используются Trochanter major бедра и M. tensor fascia lata, сильная и легко пальпируемая мышца в средней подмышечной линии, и задняя поверхность крестца.

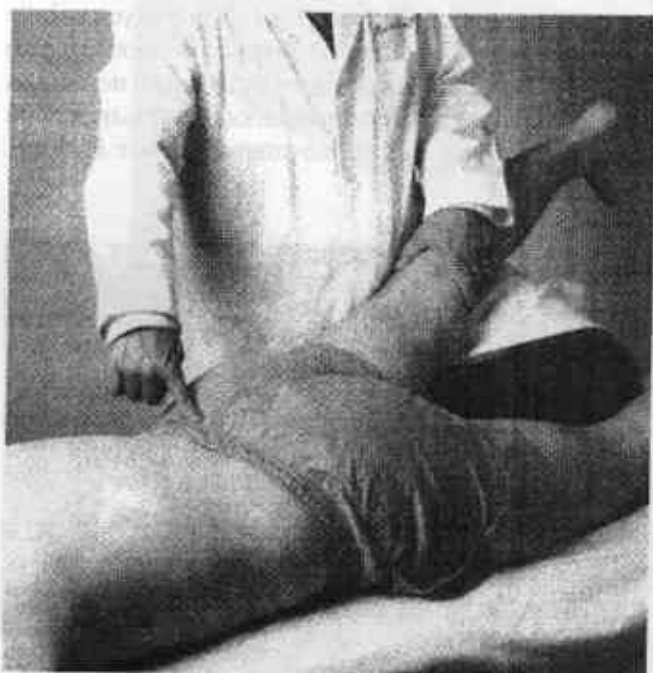
Ориентиром для передней части тела являются латеральный отдел Ramus superior ossis pubis, точка на ее передней поверхности, недалеко от Symphysis pubica, и промежуток около Ramus inferior ossis pubis.



Дисфункции подвздошно-крестцовых суставов

Они описываются посредством изменяемой позиции заднего края подвздошной кости по отношению к крестцу. Для терапевтов, придерживающихся определений передний и задний крестец: High Ilium соответствует заднему крестцу. Здесь скорее подразумевается ротация между костями вокруг поперечной оси, чем передне-задняя сила тяжести.

High Ilium



Чувствительная точка

Чувствительная точка этой дисфункции обнаруживается при нажатии против латеральной стороны Spina iliaca posterior superior. При этом нажатие начинается приблизительно на 2,5 см латеральнее от этого места и медленно продвигается медиально.

Лечение

Пациент лежит на животе. Ногу больной стороны терапевт держит ниже колена, нога при этом вытягивается. Идеальное положение возникает в результате легкого отведения или приведения бедра.

High Ilium с Flare-out (HIFO)

Flare-out означает в данном случае размыкание краниального отдела подвздошно-крестцового сустава при относительной компрессии нижнего отдела. Описание применяется в комбинации с верхними и нижними подвздошными дисфункциями. Flare также могут возникать и в дисфункциях крестцово-подвздошного сустава.

После двух с лишним лет безуспешных попыток лечения болей копчика посредством мобилизации крестца, пациенты сообщали, что лечение HIFO устранило боли в копчике. Этот метод проявил себя как довольно успешный и поэтому должен быть удостоен внимания.

Чувствительная точка

Чувствительная точка находится на 4 см ниже и на 0,5 см медиально нижнего края Spina iliaca posterior superior.

Лечение

Пациент лежит на животе. Проводится экстензия бедра больной стороны, для чего нога чуть ниже колена вытягивается кзади.

**Нижняя подвздошная кость (Low Ilium)**

Дисфункция названа по тому, что при успешном лечении постериорно происходит с подвздошной костью по отношению к крестцу. Боли в основном находятся в задней или боковой области бедра.

Чувствительная точка

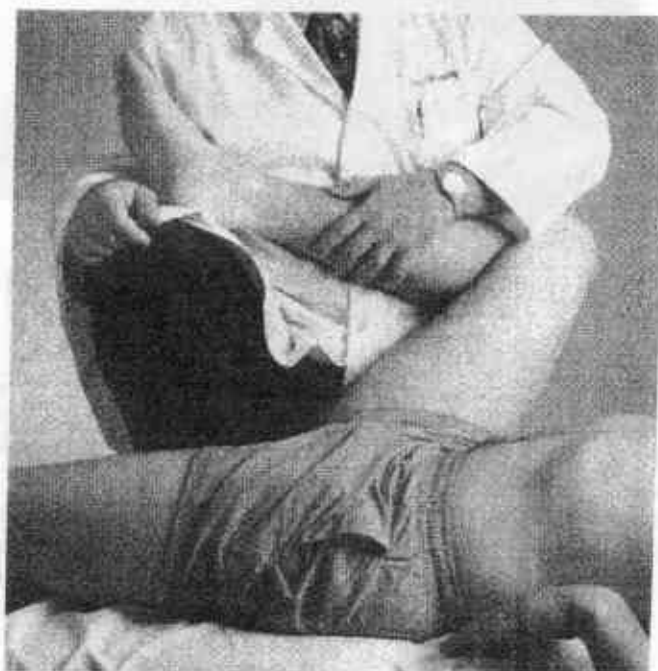
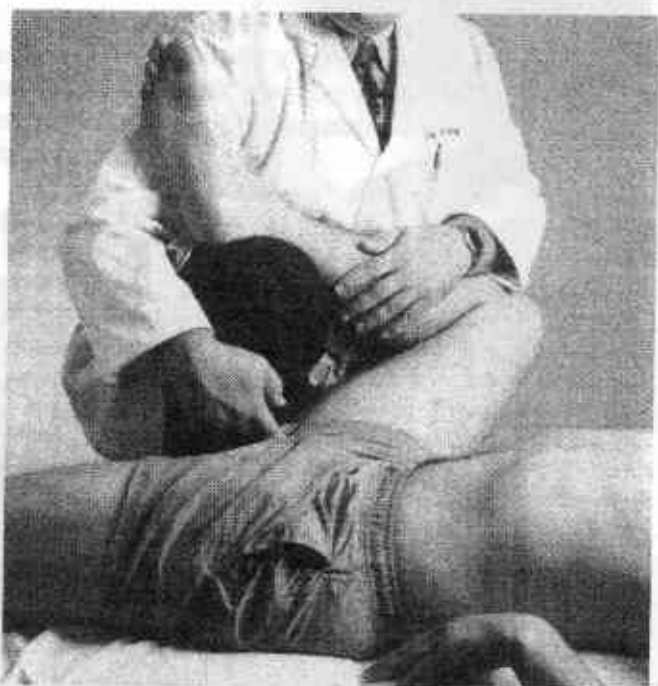
Чувствительная точка этой дисфункции находится на верхней (не передней) поверхности Ramus superior ossis pubis, приблизительно в 4 см латеральнее срединной линии тела.

Лечение

Пациент лежит на спине. Бедро больной стороны приводится в сильную флексию.



Low Ilium с Flare-out

**Чувствительные точки**

При этой частой и важной дисфункции чувствительная точка находится в промежности на медиальной нижней стороне Ramus inferior ossis pubis.

Поскольку чувствительная точка расположена близко от вульвы, важно объяснить пациентке, почему поиск причины боли производится в этой неболезненной области, хотя болезненность ощущается в ягодице. Исходя из этого, при лечении пациентки немного сомнительно, если поиск чувствительной точки начинается у Tuber ischiadicum, и терапевт непрерывно нажимает своим пальцем против Os ischii или Os pubis, в то время как его палец движется в направлении симфиза примерно на 4 см вверх.

Вторая, редкая чувствительная точка находится намного ближе к симфизу, но все-таки у медиального нижнего края Os pubis.

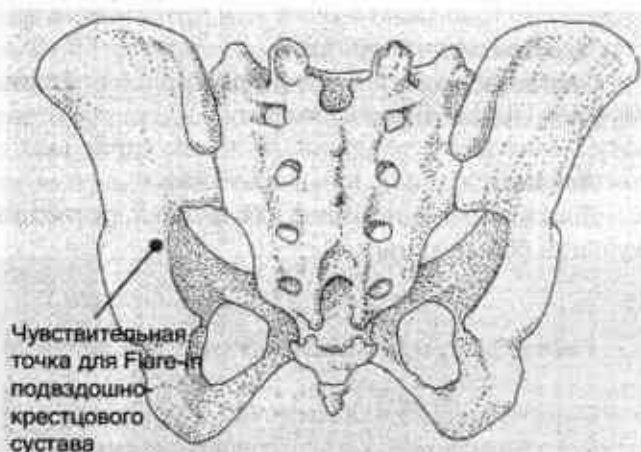
Лечение

Проводятся флексия и отведение бедра. Стопа при этом остается на срединной линии тела, чтобы дополнительно достигнуть внешней ротации.

Вторая чувствительная точка лечится с очень похожей на лечение первой чувствительной точки внешней ротацией, но только приблизительно на 1/3 применяемого там отведения.

Flare in подвздошно-крестцового сустава (первоначально обозначаемое как Mid Pole)

До того как я узнал о рефлекторных дисфункциях проприоцепторов, я лечил пациентку, страдающую от острой дисменореи. У нее было болезненное место в ягодице, и каждый раз во время месячных ей приходилось интенсивно лечиться. При лечении я так сильно нажимал на болезненное место, что это причиняло ей острую боль, в результате чего удавалось частично ослабить судороги.



Чувствительная точка для Flare-IP подвздошно-крестцового сустава

Несколько лет спустя я узнал, что это как раз и была чувствительная точка для дисменореи. К тому времени я уже устроился работать в качестве терапевта, специализирующегося по болям в спине, и очень редко сталкивался с дисменореей. Тем не менее, если я у молодых женщин находил эту чувствительную точку, я задавал им вопрос, не страдают ли они от судорог. Успешное лечение этой дисфункции часто сокращает тяжесть судорог уже при вторых месячных, наступивших после лечения.

Чувствительная точка

Чувствительная точка для этой действительно редкой проблемы находится примерно на середине *M. gluteus maximus*, приблизительно на 10 см ниже к нижнему краю *Spina iliaca posterior superior* и чуть латеральнее от нее.

Лечение

Пациент лежит на животе. Лечение производится посредством отведения ноги.

Синдром беспокойных ног (Restless-legs-Syndrom)

Отображению этой проблемы я благодарен английскому врачу Дугласу Лонглену



(Douglas Longden), практикующему в Калгари, провинция Альберта, Канада. Его сильно впечатлили истории болезней страдающих пациентов, которые постоянно нервно двигали ногами туда-сюда в поисках удобной позиции.

Чувствительная точка

Соответствующую чувствительную точку Лонгден нашел на верхней поверхности Os pubis, очень близко к симфизу.

Лечение

Лонгден нашел позицию для лечения, растягивая в гиперэкстензии свисающую с кушетки большую ногу.

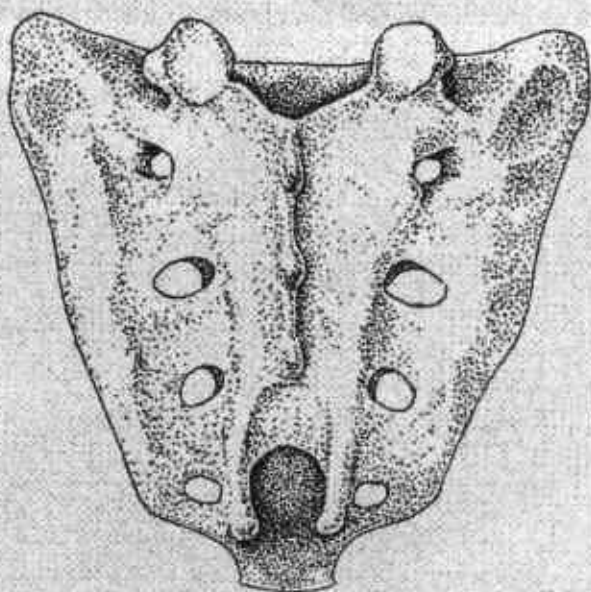
Работа Маурисе Антонио Рамиреса, доктора остеопатии, Ph.D.

Многие чувствительные точки, найденные мною позднее, были открыты и дополнены другими терапевтами, использующими метод стрейн-контрстрейн. Сюда можно отнести статью Рамиреса, опубликованную в журнале Американской Ассоциации остеопатов¹, который описал, как с помощью открытия чувствительных к боли точек

на задней стороне крестца можно обнаружить и лечить дисфункции.

К сожалению, эта статья появилась лишь после того, как я закончил свою практику и целиком посвятил себя преподавательской деятельности. Поэтому я не имел возможности достаточно долго упражняться в этих техниках, чтобы довести их до совершенства. Однако я обнаружил некоторые вещи, с помощью которых я мог использовать его чувствительные точки и техники. Я не собираюсь так же очень полно представлять свои варианты его работы, как это делает он. Но, по всей видимости, он обнаружил некую точку на задней стороне крестца, на кото-

Крестец



¹ Maurice Anthony Ramirez; Jerry Haman, DO; Leonard Worth, DO. «Low back pain: Diagnosis by six newly discovered sacral tenderpoints and treatment with counterstrain technique». B: Journal of the American Osteopathic Association, July 1989. Vol. 89, N. 7, S. 905 ff.

рую он очень сильно нажимал, а именно, точку, расположенную так далеко, как это возможно, от чувствительной точки. Посредством данного лечения я смог устранить крестцово-подвздошные дисфункции, что до этого времени мне не удавалось сделать. К моему сожалению, некоторые из его чувствительных точек я также смог бы обнаружить после удовлетворительного лечения подвздошно-крестцовых суставов. Остается еще немного выяснить, прежде чем концепция контрстрейн станет идеальной.

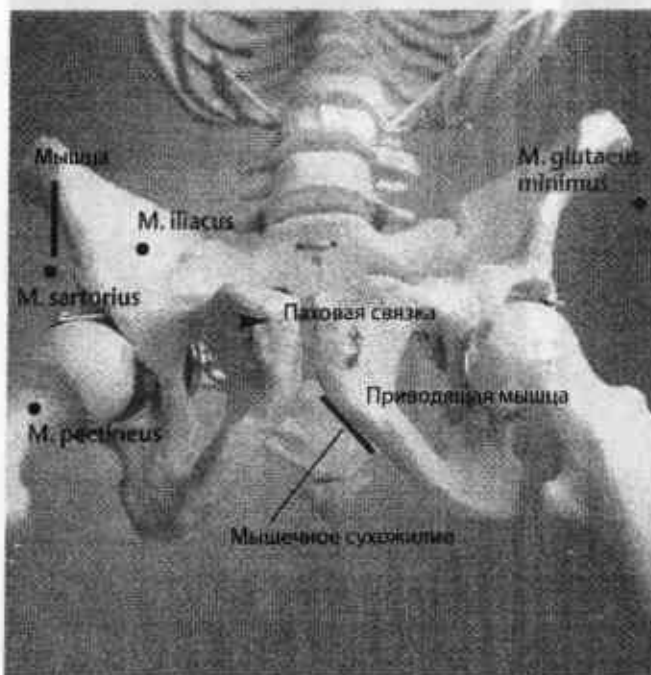
Для того чтобы действовать просто и практично, я поступаю следующим образом: сперва отыскивается чувствительная точка. Если она найдена, то производится нажатие на крестец, а именно, так далеко от чувствительной точки, как это только возможно.





Дисфункции мускулатуры бедер

Чем больше я узнавал о тазе, тем больше сомневался в том, что я должен видеть в качестве причины для боли или тугоподвижности. Наиболее ясным было лишь то, что боли в мускулатуре бедер позиционно зависимы.



Передние чувствительные точки таза

M. iliacus

Предлагается начинать с этой чувствительной точки, т.к. предположительно она является основанием для хронических дисфункций нижней подвздошной кости и нижней подвздошной кости с Flare-out.

Чувствительная точка

Болезненная при нажатии точка находится глубоко в ямке Ala ossis ilii, приблизительно в 5 см медиальнее и чуть ниже Spina iliaca anterior superior.

Лечение

Лечение осуществляется двусторонне, даже если чувствительность при нажатии большей частью односторонняя. Пациент лежит на спине, колени поднимаются, стопы перекрещены, а бедра отведены. При заболевании коленей стопа больной ноги лежит сверху. Лечение состоит из флексии, четкой внешней ротации и отведения бедер.

Эту дисфункцию следовало бы искать у всех пациентов с хроническими крестцово-подвздошными заболеваниями. Зачастую эта чувствительная точка имеется и тогда, когда не существует никаких крестцово-подвздошных недугов.

M. sartorius**Чувствительная точка**

Чувствительная точка находится приблизительно в 2,5 см каудально Spina iliaca anterior superior на основании сухожилия M. sartorius.

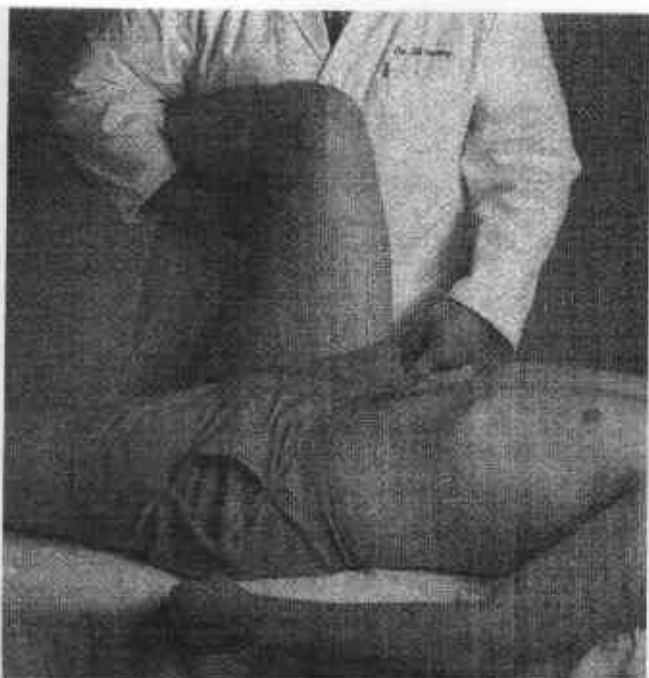
Лечение

Посредством четкого сокращения, достигаемого с помощью флексии бедер, эта мышца быстро поправляется.

M. glutaeus minimus

Здесь и еще на M. glutaeus medius находятся частые причины болей в латеральной области таза, к примеру, после долгого сидения за рулем. Вес тела давит на Tuber ischiadicum, и Trochanter major перегружается во внешней ротации.





Паховая связка



Чувствительная точка

Чувствительную точку можно найти не на задней части тела, как я вначале предполагал, а, скорее, приблизительно на 4 см ниже и латерально Spina iliaca anterior superior.

Лечение

Заболевания устраняются посредством четкой флексии, легкого отведения и внутренней ротации бедер. Для этого стопа оттягивается дальше латерально колена.

Название дисфункции было выбрано не из-за участия паховой связки, скорее, потому что чувствительная точка находится на передней стороне Os pubis.

Отыскивать эту чувствительную точку затруднительно, если пальпируют не вблизи от медиальной части паховой связки, которая в данном случае является ориентиром. Это место можно относительно легко найти.

Лечение

Лечение состоит из флексии бедер на 90° и скрещивания ног у лежащего на спине пациента. При этом колено больной стороны находится под другим

коленом. Внутренняя ротация бедра достигается посредством легкого вытягивания лодыжки латерально. Идеальное положение при этом достигается посредством минимального движения колена латерально.

Приводящие мышцы

Часто они повреждаются вместе с чувствительной точкой в паховой связке, так что я на всякий случай всегда их исследую.

Чувствительные точки

Чувствительные точки находятся проксимально в приводящих мышцах, вблизи места прикрепления к Os pubis.

Лечение

Как и следовало ожидать, дисфункция лечится посредством приведения, причем бедро либо находится в легкой флексии, либо в экстензии, в зависимости от того, в какой области приводящих мышц находится чувствительная точка.

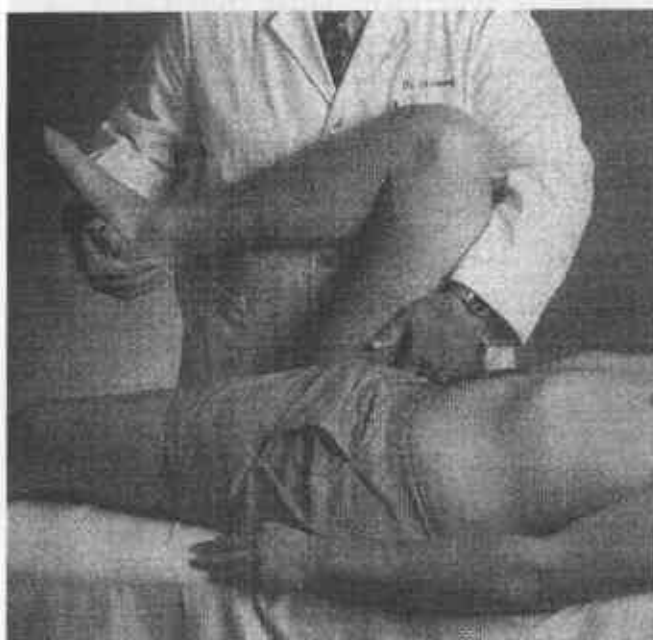
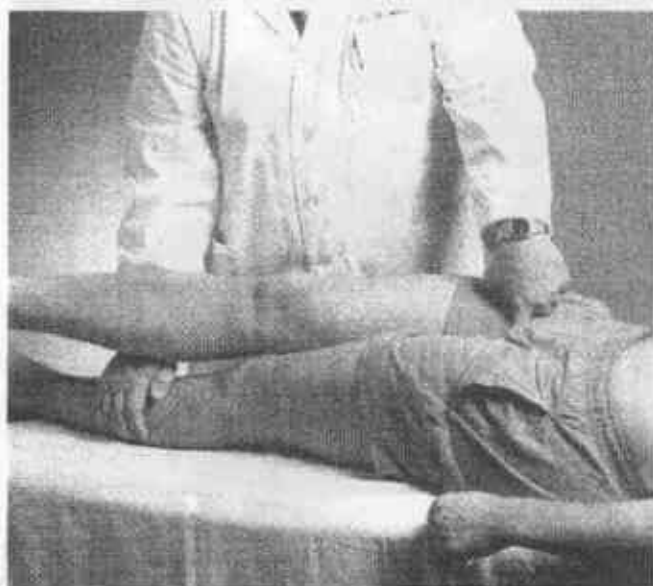
M. pectineus

Чувствительная точка

Она находится настолько глубоко в паху, что едва прощупывается. Для пальпации пациент с согнутым коленом лежит на спине. Эту часто встречающуюся чувствительную точку вероятнее всего можно найти вблизи переднего края вертлужной впадины бедра.

Лечение

Проводится четкая флексия бедра. Мне неизвестно, какая или какие мышцы были задействованы, но благодаря этой технике лечатся некоторые боли в области таза.

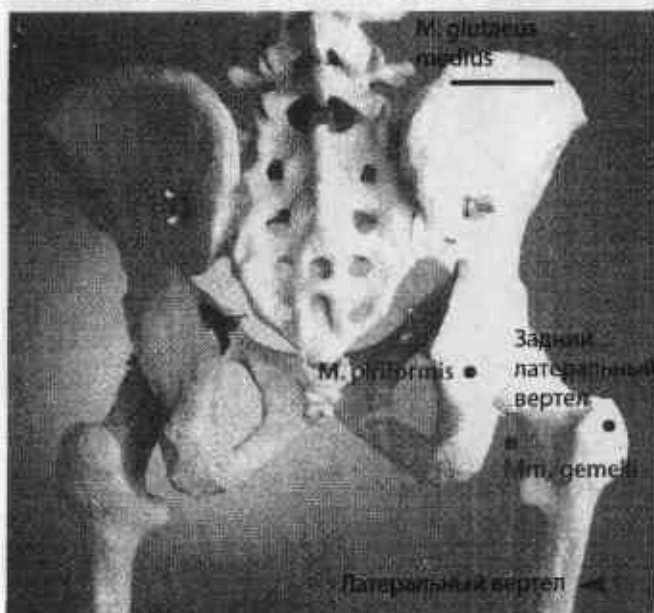


M. obturator**Чувствительные точки**

Эта чувствительная точка, получившая свое название по *M. obturator internus*, находится на медиальной стороне малого таза. Сама мышца *M. obturator* начинается внутри малого таза, проходит через *Foramen ischiadicum minus* и прикрепляется на медиальной стороне *Trochanter major*, у бедра. Иннервируясь через *L5* и *S1*, она может раздражаться посредством пояснично-крестцовых соматических дисфункций и в результате воспаления вертлужной впадины бедер.

Лечение

Пациент лежит на животе, и бедро вращается наружу, как показано на фото.

Задние чувствительные точки таза**M. gluteus medius**

Один пациент сообщил, что благодаря успешному лечению этой чувствительной точки исчезла его импотентность. Даже если я располагаю слишком малым количеством фактов для того, чтобы быть в состоянии это утверждать, мне рассказывал один знакомый уролог, что, к его удивлению, некоторым пациентам это помогло.

Чувствительная точка

Ее можно найти за *M. tensor fasciae latae* приблизительно на

5 см ниже края Ala ossis ischiil. Иногда чувствительная точка находится также дальше кзади.

Лечение

Проводится внутренняя ротация бедра с легким отведением.

M. piriformis

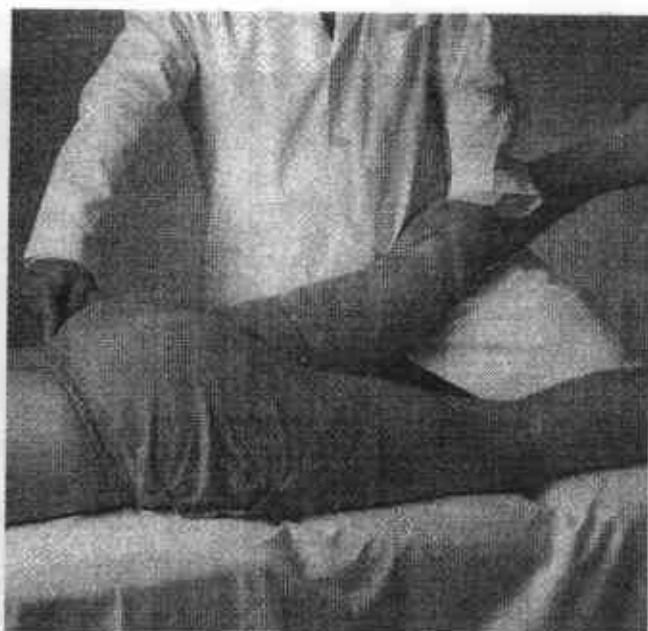
Многие терапевты рассматривают эту мышцу в качестве причины для большинства заболеваний ишиаса. Это случается часто, но отнюдь не всегда.

Чувствительная точка

При пальпации отыскивается задняя часть Trochanter major. Чуть медиальнее и выше находится M. piriformis, которая здесь не шире, чем примерно 2,5 см.

Лечение

Пациент лежит на животе, согнутое колено свешивается с края кушетки. Производится флексия бедра на 135° и сильное отведение. Таким образом часто также обнаруживается чувствительная точка на заднем латеральном вертеле. Если ее обнаружить не удастся, то для отыскания задней чувствительной точки можно вытянутую ногу привести в четкую внешнюю ротацию. Для этого колено терапевта ставится так высоко под переднюю сторону бедра, что тем самым достигается четкая внешняя ротация.



Латеральный компонент Trochanter major



чаев не проходит и к началу следующего лечения. Хорошие результаты появились тогда, когда я установил, что в большинстве случаев чувствительные точки находились в приводящих мышцах, и я применял соответствующие техники для лечения чувствительных точек в приводящих мышцах.



отводятся назад и вверх другой ноги. При этом лодыжка пациента прижимается локтем терапевта.

Чувствительные точки

Одна чувствительная точка находится на латеральной поверхности верхнего края Trochanter major. Другая, более болезненная, на латеральной поверхности тела бедренной кости, на 12 см ниже Trochanter major.

Лечение

Отведение бедра до тех пор, пока не ослабнет болевая чувствительность при нажатии. Хотя чувствительная точка и обнаружилась, однако дисфункция в большинстве случаев

Mm. gemelli

Чувствительная точка

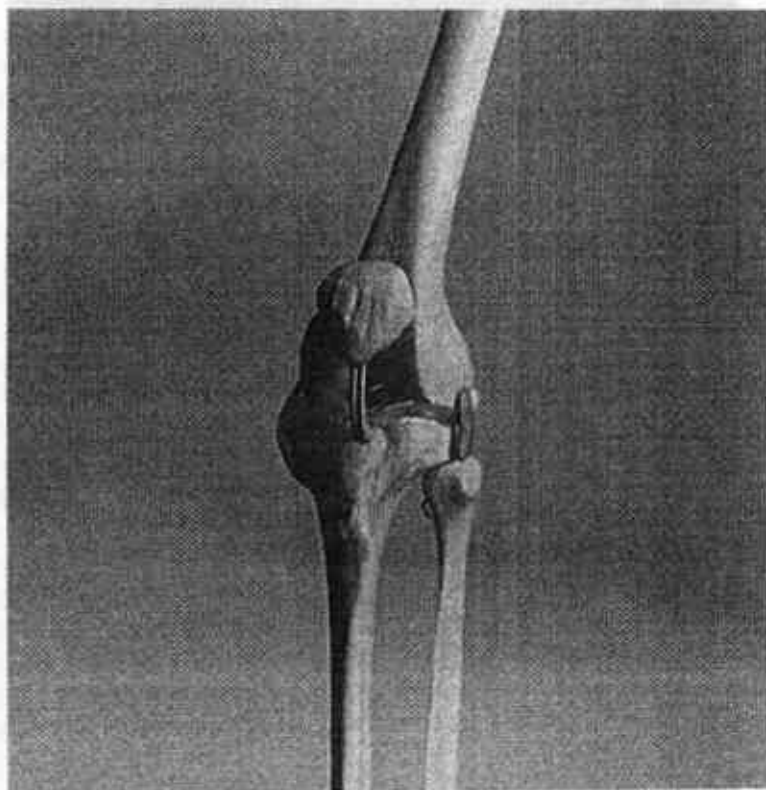
В этих мышцах чувствительная точка находится сзади и медиально к Trochanter major (ранее обозначаемая как задняя медиальная чувствительная точка вертела). Пациент с этой дисфункцией жалуется на боли в ягодичной складке.

Лечение

Проводятся экстензия, приведение и внешняя ротация.

Этого довольно просто достичь, если пациент лежит на животе, а его лодыжка и колено

4.6. КОЛЕНО

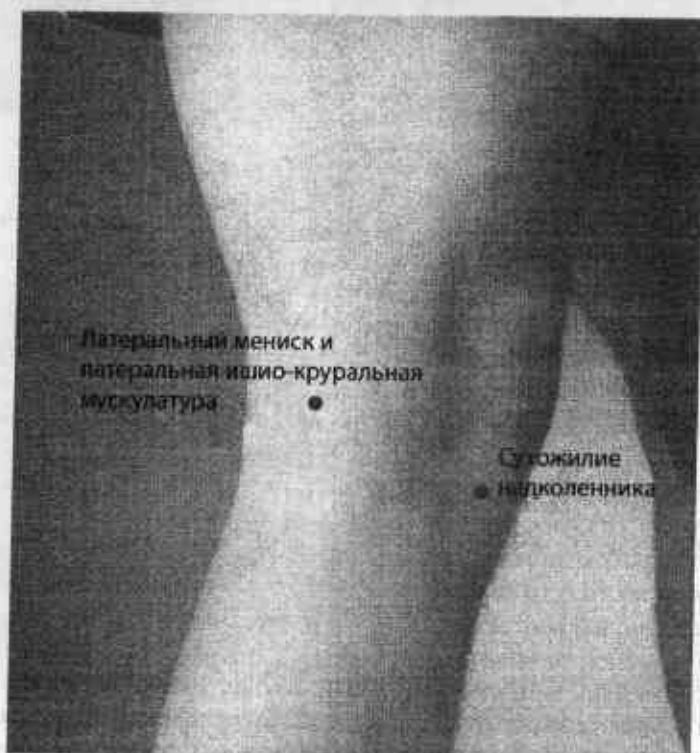
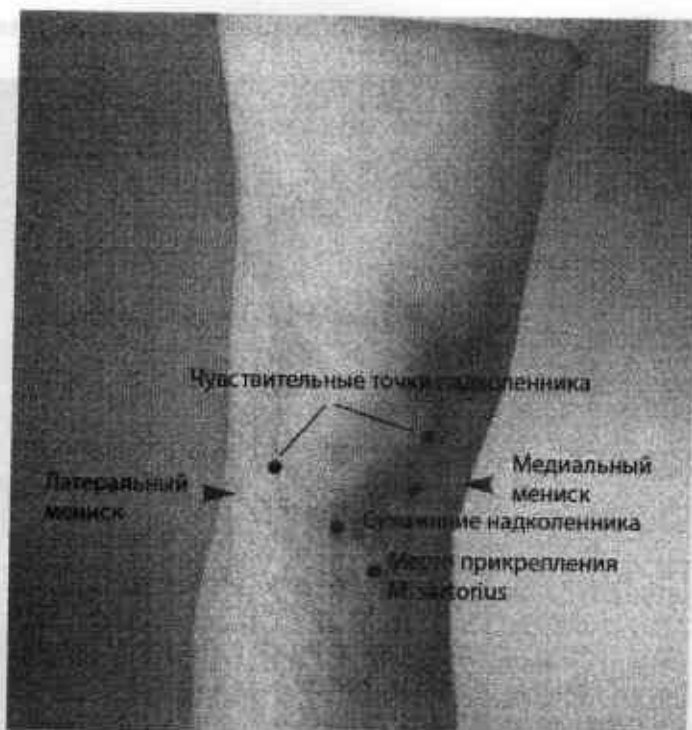


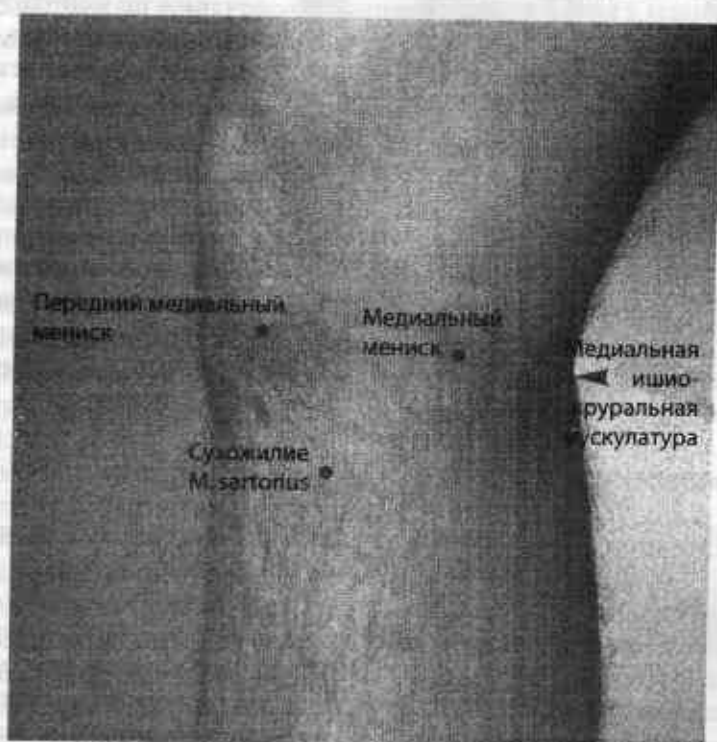
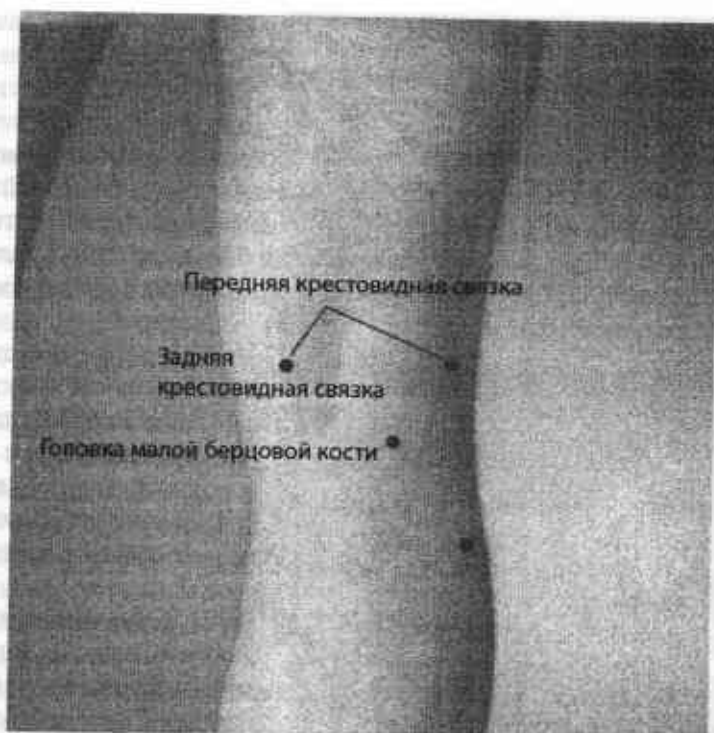
Дисфункции

В руках и ногах могут быть дисфункции, пограничные с повреждением суставов. Правда, случается так, что болезни усугубляются менее явными и более проксимально имеющимися проблемами.

По-видимому, болезни коленей часто связаны с пятым поясничным позвонком, который в этих случаях необходимо исследовать. При этом особое внимание необходимо уделить прежде всего передней чувствительной точке. Кроме того, в колене могут встречаться проблемы, истоки которых находятся в крестовидных связках. Так, между бедром и большеберцовой костью возникают две срезающих усилие перегрузки, которые не могут быть объяснены дисфункциями мышцы, т.к. ни одна мышца не имеет той же функции, как крестовидные связки.

Колено — это сустав, который оказался намного сложнее, чем предполагалось ранее, оно служит не только шарниром. Оно также обеспечивает ротацию между бедром и большеберцовой костью и — при сагиттальном рассмотрении — обусловленное движением изменение обеих костей. Итак, при экстензии происходит также значительная ротация большеберцовой кости. Это не только благодаря *M. popliteus*, гарантирующей осуществление этого движения. По-видимому, двигательная функция также обусловлена структурой и направлением сильных связок.





Крестовидные связки

Задняя крестовидная связка

В середине 90-х годов появились бесчисленные сообщения о спортивных повреждениях передней крестовидной связки, хотя, по-моему, задняя крестовидная связка подвергается намного большей нагрузке. Мое мнение основывается на том факте, что движением кпереди я снял напряжение с гораздо большего числа колен, — т.е. когда большеберцовая кость сильно надавливается кпереди относительно конца бедра, чем посредством движения кзади.



Крестовидные связки называются по их прикреплению к большеберцовой кости. Задние крестовидные связки в основном прикреплены к задней части большеберцовой кости и к передней части бедра.

Чувствительная точка

Ее можно найти приблизительно на середине Fossa poplitea. Поскольку этот метод лечения не использует никакого эффекта рычага, требуется гораздо большее усилие, чем при других техниках.

Лечение

Пациент лежит на спине. Скатанное полотенце подложено под проксимальный конец большеберцовой кости.

Крестовидная связка сокращается при интенсивном надавливании на дистальный конец бедра кзади. Тем самым задняя крестовидная связка сильно сокращается, чтобы таким образом препятствовать ошибочному перегрузочному рефлексу.

Передняя крестовидная связка

Я считаю, что эта крестовидная связка должна лечиться гораздо реже, чем задняя.

Чувствительные точки

Чувствительные точки находятся в сухожилиях ишио-круральной мускулатуры на вершине самого широкого места Fossa poplitea. Они расположены на 4 см выше ишио-круральной чувствительной точки, которую нужно лечить при другой часто встречающейся перегрузке колена, и которая локализуется ближе к месту прикрепления связок.

Лечение

Скатанное полотенце подкладывается под дистальный конец бедра. Большеберцовая кость надавливается кзади с силой до 20 кг. Поскольку здесь, как и при лечении задней крестовидной связки не задействован никакой рычаг, техника производится немного сильнее, чем это кажется.

Мениск и ишио-круральная мускулатура

Дисфункцию медиального мениска можно встретить довольно часто, и она позволила мне усомниться в диагнозах традиционной медицины относительно повреждений колена, т.к. ортопеды и ортопедические хирурги часто эту проблему диагностируют как повреждение Lig. Collaterale tibiale. Чувствительная точка, расположенная гораздо ближе к медиальному мениску, позволяет мне сохранить обозначение (мениск).

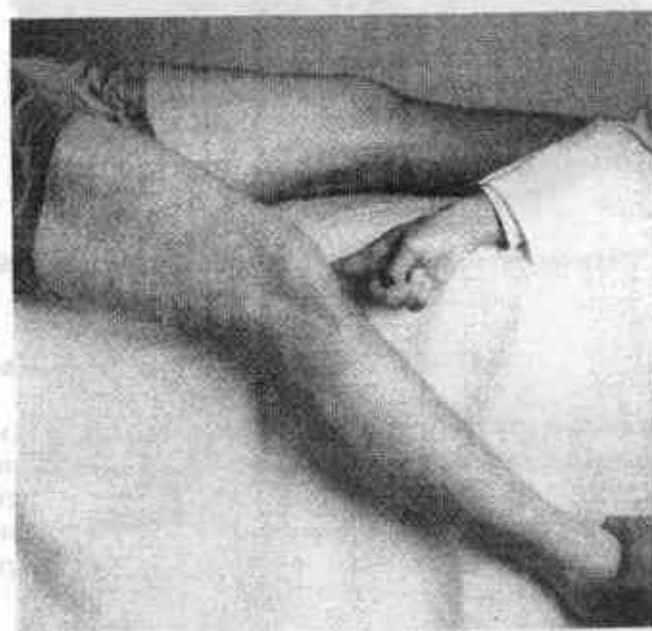
Чувствительная точка

Ее можно пальпировать на нижнем крае надколенника, в большинстве случаев немного медиально.

Лечение

Пациент лежит на спине. Голень больной ноги свисает со стороны кушетки под углом приблизительно в 60° .

Применяемая сила почти исключительно состоит из внутренней ротации согнутой большеберцовой кости при легком отведении, так что стопа может находиться ниже края кушетки. Поскольку эта ротация сокращает M. popliteus, я предполагаю, что эта мышца



играет определенную роль при дисфункции. Следует предостеречь от значительного отведения, поскольку колено может очень слабо сопротивляться подобной силе рычага.



Медиальная ишио-круральная мускулатура

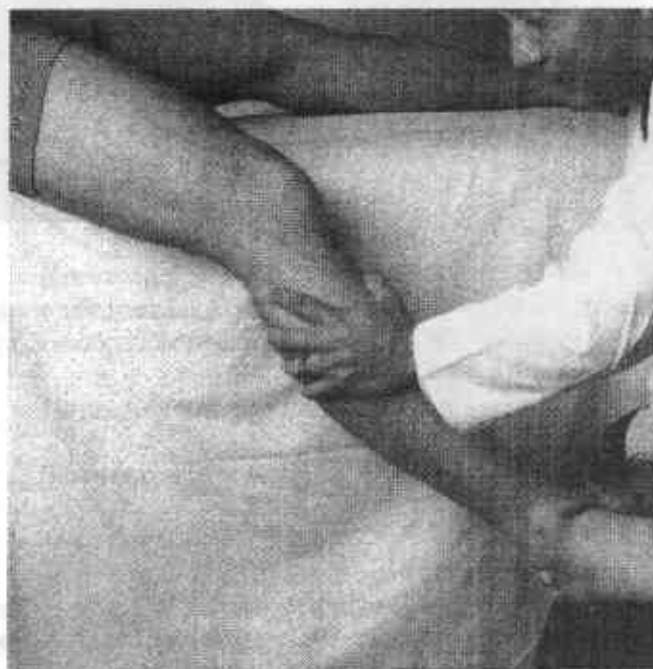
Медиальная ишио-круральная мускулатура является причиной некоторых часто встречающихся дисфункций колена.

Чувствительная точка

Она находится вблизи зоны прикрепления медиальных ишио-круральных связок, а именно, либо перед ними, либо за ними.

Лечение

Эту дисфункцию лечить очень просто, если пациент лежит на животе. Колено сгибается приблизительно на 110° , голень аддуцируется и приводится во внешнюю ротацию. Главной двигательной силой является ротация.



Латеральный мениск и латеральная ишио-круральная мускулатура

Чувствительная точка

Чувствительная точка для этой редко встречающейся дисфункции колена локализуется над латеральным мениском или близко к латеральной ишио-круральной мускулатуре.

Лечение

Обе чувствительные точки лечатся с различными вариантами, целью является ослабление давящей боли в чувствительной точке. Лечение может быть подобно лечению при медиальном мениске, при этом пациент лежит на спине. Голень больной ноги свешивается со стороны кушетки под углом приблизительно 60° . Применяемая сила при медиальном мениске состоит почти исключительно из внутренней ротации согнутой большеберцовой кости при легком приведении.

Для лечения чувствительной точки в латеральном мениске или в латеральной ишио-круральной мускулатуре вместо приведения может применяться отведение, а вместо внутренней ротации большеберцовой кости может быть дополнительно необходима внешняя ротация.

Ротация колена

Ротация колена является еще одной довольно частой дисфункцией. Причиной возникновения этой дисфункции является сидение с перекрещенными ногами, причем лодыжка лежит на противоположном колене. Если человек находится в этой позиции, то будет уместно медленно из нее выйти, при этом ногу следует поддерживать рукой.

Чувствительная точка

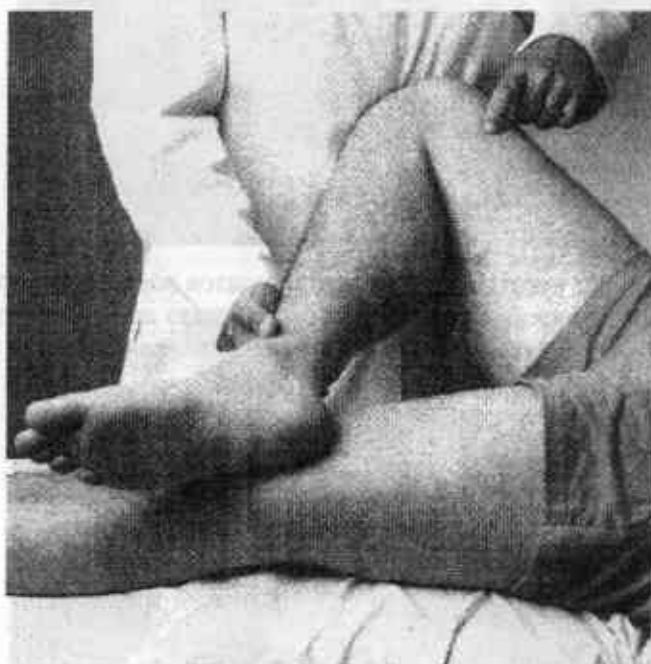
Чувствительная точка лежит примерно на 2,5 см выше *Condylus medialis* бедра.

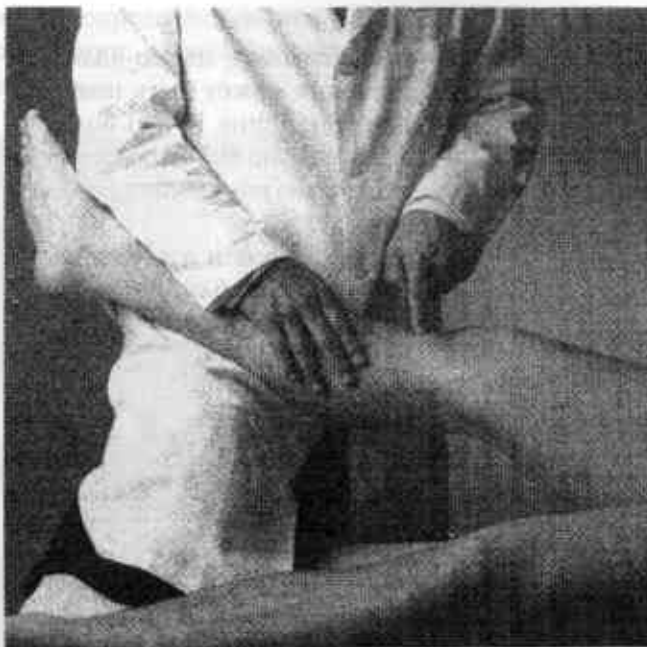
Лечение

Колено сгибается под углом 90° , а бедро приводится во внешнюю ротацию на 90° .

Разгибающая мышца колена

Согласно трем главным типам дисфункций разгибающей мышцы колена имеются различные чувствительные точки, которые хотя и расположены близко друг к другу, но тем не менее друг от друга отличаются. При всех дисфункциях ощущается боль при гиперфлексии, которая происходит при сидении на корточках, кроме того, боль ощущается и при чрезмерной нагрузке при экстензии.





Все чувствительные точки лечатся посредством гиперэкстензии. Лечение первых двух должно проводиться с помощью легкой внутренней ротации, а для третьей чувствительной точки применяется легкая внешняя ротация.



Чувствительные точки

Первая чувствительная точка находится на сухожилии надколенника, которое может рассматриваться как удлиненное сухожилие *M. rectus femoris*.

Вторая чувствительная точка локализуется над передней стороной медиального мениска.

Третья чувствительная точка лежит на передней медиальной поверхности большеберцовой кости, в области, свободной от мышц. Но случается так, что поражен апоневроз *M. sartorius*.

Лечение

Сухожилие надколенника с разгибающей мышцей колена

Передний медиальный мениск с разгибающей мышцей колена



Надколенник

При дисфункциях надколенника боль чувствуется обычно на 4 см выше колена.

Чувствительные точки

Болезненные при нажатии точки лежат в области надколенника

Лечение

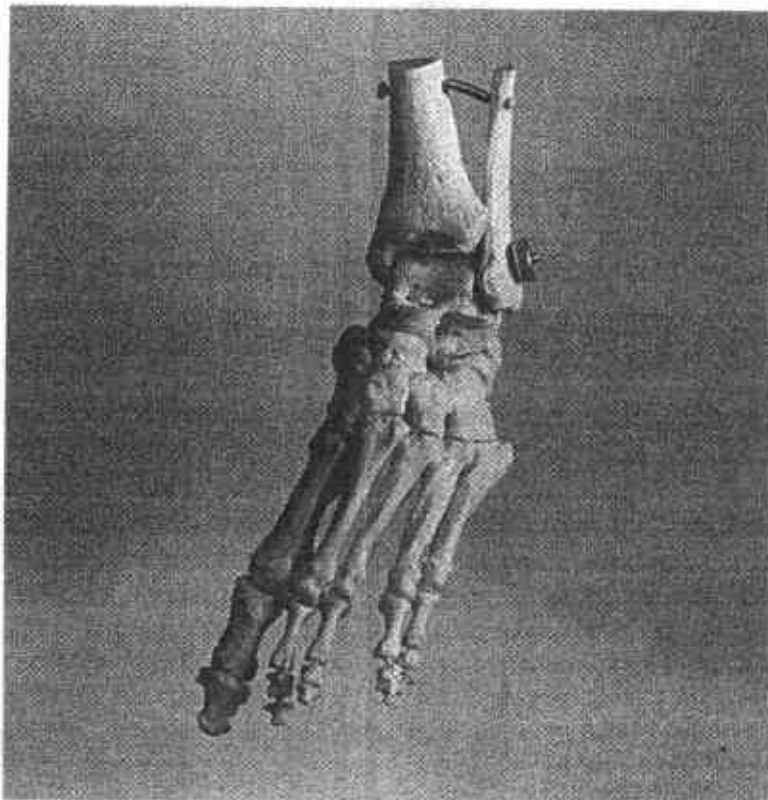
На ту часть надколенника, которая находится напротив чувствительной точки, производится нажатие силой приблизительно в 100 г — удивительно малое для такой мощной структуры.



Боль в дистальной области большеберцовой и малоберцовых костей

Хотя боль в этой области является случайной для проблем с коленями, успешное лечение почти всегда требует растяжения мышц, приводящих в движение голеностопный сустав. Об этом будет написано в соответствующей главе.

4.7. СУСТАВЫ СТОПЫ



Дисфункции

Многие люди страдают от болей в стопе. Болезненность стоп может появляться вследствие узкой обуви или обуви на высоких каблуках, зрительно делающих ногу меньше и красивее. В течение многих лет результаты моего лечения были довольно разочаровывающими, поскольку многие женщины отказывались носить обувь, позволяющую стопам нормально функционировать. В конце концов я объяснил им, что для исцеления просто необходима нормальная функция стопы, и стал отказываться от лечения пациенток, которые были не готовы отказаться от красивой обуви. Спустя годы я смог наблюдать, как ухудшались проблемы у этих пациенток. У мужчин эти дисфункции бывают намного реже, хотя многие из них также носят слишком узкую обувь.

Стопа — это еще одна часть тела, которую можно лечить посредством безболезненного растяжения. 60 лет назад техники учили прямой манипуляции стоп, чтобы преодолеть сопротивление стопы. Проблема была в том, что стопа и лодыжка несколько сильнее, чем руки. Поэтому многие терапевты должны были принять к сведению, что эффективное лечение могло привести к повреждению их рук. Возможно, именно

это стало основанием для того, что ортопеды и ортопедические хирурги предпочитали операции и очень мало интереса проявляли к устранению болей в стопе посредством манипуляций.

Лечение

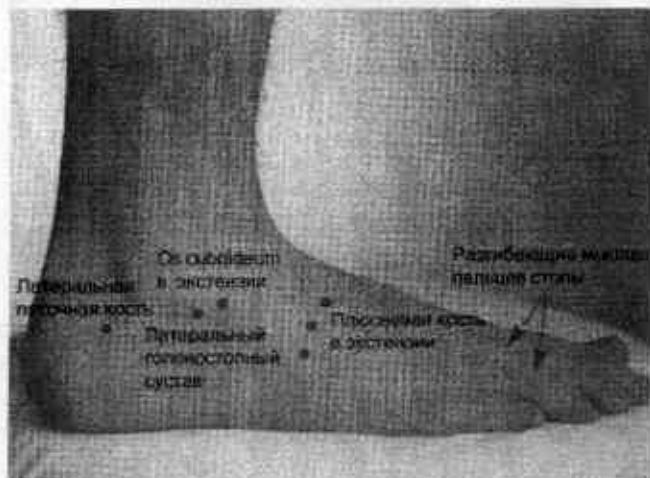
Лечение состоит в поисках позиции, удобной для пациента. При таком лечении стопа не оказывает никакого сопротивления, и терапевту не нужно применять чрезмерной силы. Сила же, которая часто применяется при лечении стопы, может быть доступна большинству терапевтов. Правильные растяжения вылечиваются у 90% пациентов. Стопа капитулирует перед неболезненным чувством.

Так как хроническое раздражение лодыжки, вызванное травмой сустава с растяжением или разрывом связок, является частой, но редко замечаемой причиной болей в стопе, любое лечение стопы следовало бы начинать с тщательного обследования голеностопного сустава. Почти каждая травма сустава лодыжки влечет за собой длительную дисфункцию. Без правильного лечения эта дисфункция сохраняется и угрожает лодыжке. Пациент будет жаловаться не на травму лодыжки, а, скорее, лишь на свои «слабые лодыжки» или на то, что у него постоянно подвертывается нога.

Проблема выздоравливания заключается в том, что стопу между сеансами лечения вряд ли можно уберечь.

За исключением латеральной лодыжки лечение очень простое, если пациент лежит на животе. Поскольку подошва довольно грубая, пальпирование чувствительных точек на ней требует по возможности некоторых усилий.

Так как существует несколько направлений, в которых могут растягиваться стопа





- Внешняя ротация: плюсна вращается по вертикальной оси во внешнюю сторону.
- Внутренняя ротация: плюсна вращается по вертикальной оси во внутреннюю сторону.
- Подошвенное сгибание: стопа сгибается под подошву.
- Дорсальная флексия: плюсна прижимается в направлении колена.

или лодыжка, и существуют различные описания, здесь мне хотелось бы сначала дать свои подробные указания.

- Вытяжение лодыжки: плюсна оттягивается от колена.
- Флексия лодыжки: плюсна прижимается в направлении колена.
- Выворот: стопа вращается по передне-задней оси во внешнюю сторону.
- Инверсия: стопа вращается по передне-задней оси во внутреннюю сторону.

Голеностопный сустав



Голеностопный сустав в экстензии

Эта очень распространенная дисфункция может в худшем случае стать причиной очень заметного приволакивания стопы. У пациента достаточно силы при беге нажимать на пятку, если она приподнимается над землей. Обувь стирается, и на неровном полу существует опасность споткнуться. Походка характерная, причем колено поднимается особенно высоко, и стопа задирается вверх. В лучшем случае это не слишком ярко выражено.

Чувствительная точка

Она находится на одной из двух голов *M. gastrocnemius*, в большинстве случаев на медиальной.

Лечение

Необходима сильная экстензия лодыжки. Для этого терапевт ставит свою ногу на кушетку. Тыл стопы больной стороны лежит между бедром и паховой областью терапевта. Рукой он держит стопу в этой позиции и таким образом достигается необходимая опора для осуществления сильной экстензии.

При этом нажатие выполняется по возможности проксимально, чтобы избежать нагрузки на плюсневую кость, поскольку слишком сильное нажатие могло бы существенно повредить слабые предплюсне-плюсневые суставы.

Флексия голеностопного сустава

При этом лечении требуется применение силы в другом направлении.

Чувствительная точка

Она лежит спереди и выше к *Malleolus medialis* в углублении немного медиальнее сухожилия *M. tibialis anterior*.

Лечение

Терапевт прижимает стопу в направлении колена. Помогая себе верхней частью туловища, терапевт может еще более усилить это нажатие. Лечение регулируется посредством легкой ротации.

Таранная кость**Чувствительные точки**

Одна чувствительная точка находится в углублении на медиальной стороне стопы в области в 2 см перед *Malleolus medialis*. Маленький угол таранной кости может прощупываться глубоко в этом углублении.

Другая чувствительная точка может лежать на медиальной стороне *M. gastrocnemius*.





Лодыжка



Лечение

Стопа приводится в инверсию и во внутреннюю ротацию. Для достижения идеальной позиции индуцируются флексия или экстензия.

Медиальная лодыжка

Чувствительная точка

Чувствительная точка локализуется на малой дуге ниже медиальной лодыжки.

Лечение

В основном производится инверсия стопы. Правда, внутренняя ротация намного меньше, чем при лечении таранной кости.

Латеральная лодыжка

Эта чувствительная точка указывает еще на одну значительную и часто встречающуюся дисфункцию голеностопного сустава.

Чувствительные точки

Одна чувствительная точка лежит в углублении на 3 см кпереди и немного ниже Malleolus lateralis. Другую можно также найти в верхнем конце малоберцовой кости, при этом речь идет также о проблеме с лодыжкой.

Лечение

Поскольку для лечения этой дисфункции требуется достаточно силы, то лучше всего действовать по инструкции: пациент лежит с согнутым коленом на больной стороне. Стопа лежит над краем кушетки на скатанном полотенце, которое служит защитой для малоберцовой кости.

Уплотнением под большим пальцем руки терапевт давит с силой до 20 кг на место на 3 см ниже внешней лодыжки. Это приводит к вывороту всей стопы при одновременной легкой внешней ротации. Для того чтобы продолжать это нажатие в течение 90 секунд, терапевту следовало бы положить свой локоть себе на живот. В процессе лечения терапевт может пальцем другой руки проверять чувствительную точку.



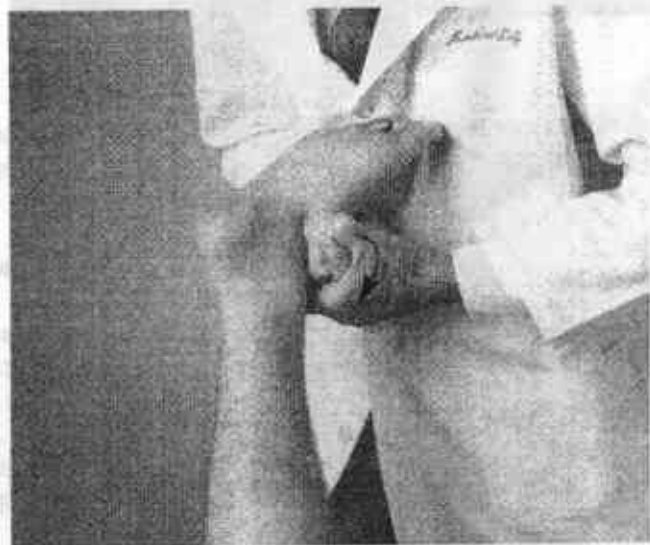
Подошвенная Os naviculare

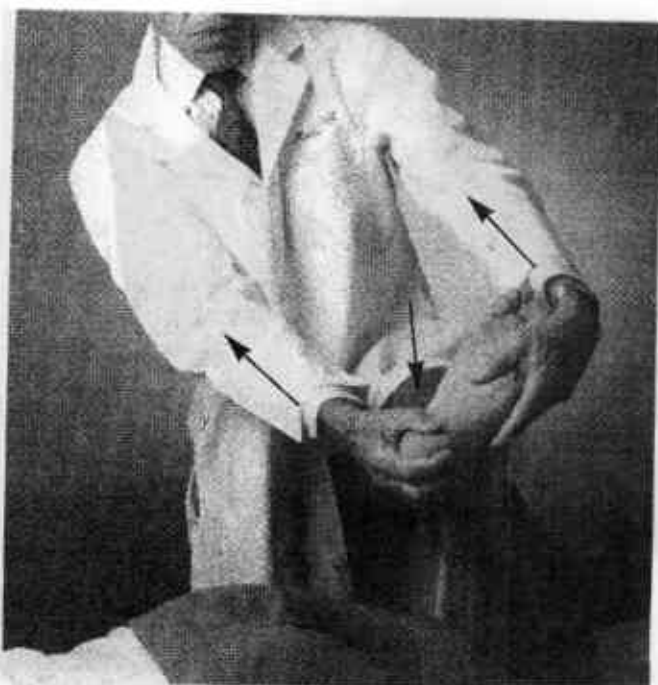
Чувствительная точка

Она находится ниже Os naviculare, недалеко от Os cuboideum.

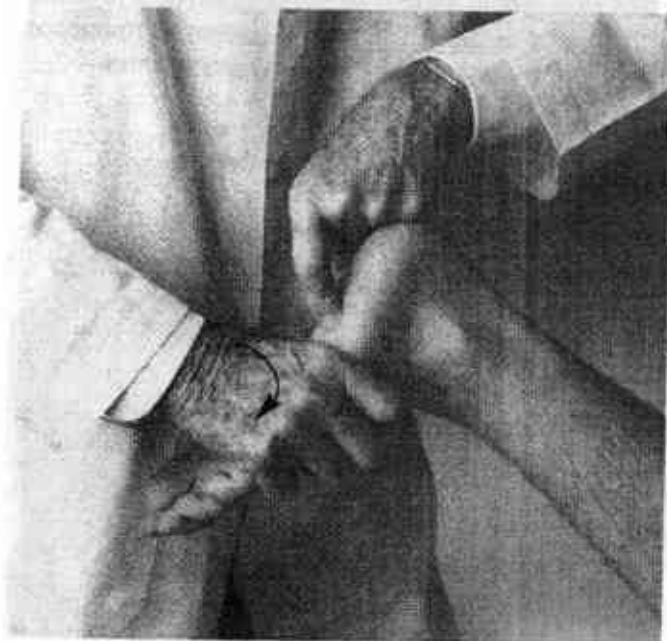
Лечение

Своим указательным пальцем терапевт обхватывает Os naviculare. Этому пальцу помогает средний и большой пальцы другой руки для образования достаточной силы, чтобы произвести инверсию Os naviculare.





пациента, поэтому пациента нужно спрашивать о возможной болезненности. Стопа сгибается в сторону над коленом, причем плюсна и пальцы вытянуты латерально, и стопа, таким образом, вращается по вертикальной оси латерально. Для этого не требуется слишком много силы.



Дорсальная Os naviculare

Чувствительная точка

Эта чувствительная точка обычно находится у согнутой плюсневой кости и оказывается очень ценной при ее лечении. Она расположена дорсально на медиальной стороне Os naviculare.

Лечение

Лечение намного проще, чем при другой дисфункции Os naviculare. Терапевт ставит свою стопу на кушетку и нажимает своим коленом против латеральной стороны стопы. Если колено терапевта установлено неправильно, оно может причинить боль стопе

Подопленная Os suboideum

Эта чувствительная точка и чувствительная точка у подошвенной Os naviculare являются, по моему мнению, главной проблемой при плоскостопии. Вопреки распространенному мнению о том, что боли в стопе вызываются плоскостопием, я исхожу из того, что причина болезненных стоп в большинстве случаев кроется в слишком высоком подъеме стопы.

Чувствительная точка

При этой довольно редкой дисфункции чувствительная точка лежит на бугристости Os suboideum. Этот маленький нарост может прощупываться приблизительно в 2 см ниже основания пятой плюсневой кости.

Лечение

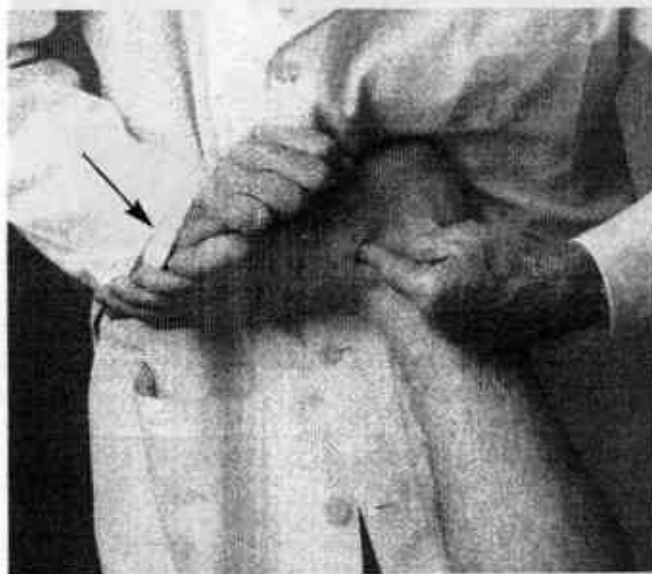
Лечение требует выворота, которого можно достичь посредством нажатия на подошвенную поверхность основания пятой плюсневой кости. Наиболее просто это осуществляется посредством контакта с дистальным концом второй плюсневой кости, непосредственно возле пястно-фалангового сустава указательного пальца. Правда, требуется много силы, для того чтобы добиться достаточного выворота.

**Os suboideum
в экстензии****Чувствительная точка**

Чувствительная точка находится максимум на расстоянии в 1 см перед чувствительной точкой у латеральной лодыжки.

Лечение

Проводится сильная дорсальная флексия латеральной половины стопы.

**Пяточная кость**

Пяточная кость играет существенную роль в трех частых дисфункциях. Лечение часто в большей степени связано с изменением пяточной кости и плюсны, чем с таранной костью.

Пяточная кость во флексии

Общепринятое обозначение для этой дисфункции — подошвенный фасцит, поскольку она является одной из главных причин болей в подошве стопы.

Чувствительная точка

Чувствительная точка расположена близко к дистальному концу пяточной кости в медиальной части нижней стороны стопы.



Латеральная пяточная кость



Лечение

Описанный в первом издании этой книги метод лечения был трудным и не очень эффективным. Я установил, что самая большая проблема могла бы быть устранена, если совмещать лечение пяточной кости с экстензией лодыжки (для этого см.: Лечение голеностопного сустава в экстензии).

Вместо того чтобы фиксировать лодыжку лишь между бедром и паховой областью, на пятку нажимается в направлении плюсны, находящейся в подошвенной флексии. Для этого не требуется много силы.

Чувствительная точка на латеральной пяточной кости может указывать на наличие пяточной шпоры.

Чувствительная точка

Она находится на латеральной стороне пяточной кости, приблизительно на 2,5 сантиметра ниже и сзади *Malleolus lateralis*.

Лечение

Проводится экстензия посредством торсии, пятка вращается наружу, а плюсна в инверсии.

Медиальная пяточная кость

Чувствительная точка

Чувствительную точку можно найти на медиальной стороне пяточной кости, приблизительно на 2,5 см ниже и сзади Malleolus medialis.

Лечение

Лечение состоит в растяжении посредством торсии, при этом пятка вращается внутрь, и плюсна в вывороте.



Пятая плюсневая кость в экстензии

При этой довольно распространенной и очень болезненной деформации стопы дистальный конец пятой плюсневой кости и пятый палец расположены ненормально высоко по сравнению с четвертой плюсневой костью.

Эта деформация бывает в стопах, латеральные половины которых испытывают намного большую нагрузку, чем это предусмотрено конструкцией стопы. Обычно больший вес приходится на первую плюсневую кость и большой палец, так что обувь изнашивается прежде всего под первой плюсневой костью.

Но при описанной здесь стопе сначала изнашивается средняя часть обуви или даже ее латеральная сторона.

Поперечный свод больше не выдерживает, и часто свод стопы даже выпуклый вместо вогнутого, направленного к подошве.



Чувствительная точка

Причиной для этого может быть болевая чувствительная точка на медиальной лодыжке, которая периодически может вызывать так называемые мозоли между четвертым и пятым пальцами ног. При этом углы костей пальцев так сильно трутся друг о друга, что образуются мозоли.

Лечение

Лечение состоит в гиперэкстензии пятой плюсневой кости, так что она может вернуться в нормальную позицию. Кроме того, необходимо полечить чувствительную к боли точку на медиальной лодыжке, если такая точка имеется.

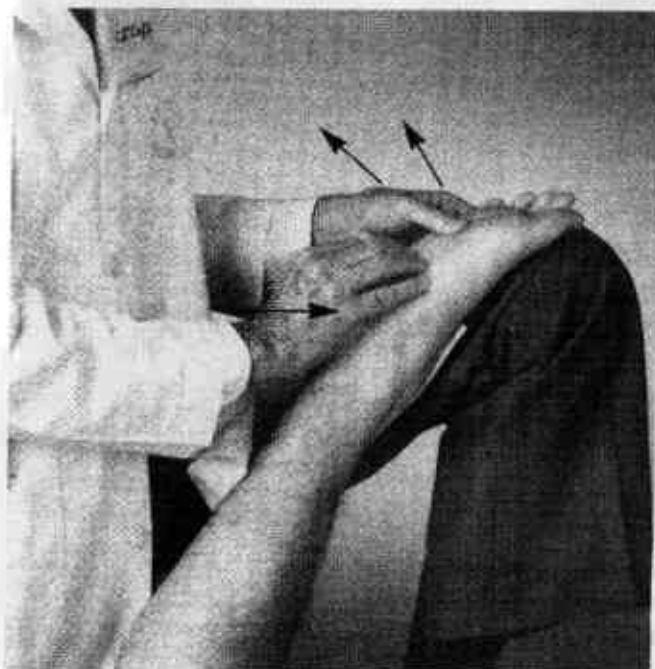
Плюсневые кости во флексии

Многие пациенты испытывают боль в дистальных окончаниях плюсневых костей. Здесь часто образуются подошвенные омозоленности и мозоли.

Я с успехом справился с этой проблемой посредством лечения предплюсно-плюсневой сустава, что позволяет мне видеть причину этого недуга в слишком высоком давлении, которое воздействует на некоторые участки костей и приводит к тому, что они слишком сильно сдавлены либо обувью, либо другими частями костей.

Эти заболевания все еще лечатся как кожные проблемы, причем омозоленности удаляются и обкладываются чем-то мягким, чтобы уменьшить давление. Мое лечение отличается от этого, т.к. оно усматривает причину этой неприятности в дефекте плюсневых костей, сдавленных обувью. Если бы плюсневые кости лежали ровно, то давление распространялось бы по поверхности равномерно, однако они согнуты, край

дистальных окончаний, упирающихся в обувь, постоянно испытывает болезненность.



Чувствительные точки

На проксимальных окончаниях плюсневых костей, где находятся чувствительные к боли точки, они приподняты над землей из-за высокого подъема стопы.

Лечение

Существует лечение, которое устраняет почти все эти проблемы. Терапевт ставит свое бедро под подъем стопы пациента таким образом, что стопа лежит на колене и бедре. Это дает пальцам терапевта достаточно силы, чтобы обхватить

дистальные окончания второй, третьей и четвертой плюсневых костей. При этом тыльная сторона кисти руки лежит на бедре. Без этой поддержки кончики пальцев быстро напрягаются, что может быть довольно болезненно. Терапевт сильно вытягивает плюсну в подошвенной флексии и одновременно с той же силой проводит внешнюю ротацию плюсневых костей.

Молоткообразные пальцы ног

Эта дисфункция удивительным образом ответственна за совершенно другую проблему со стопой, возникающую довольно часто, причем патогенез этой проблемы пока неясен.

Согласно общим рассуждениям, причиной молоткообразных пальцев должно быть неясное сокращение сухожилий разгибающих мышц пальцев ног. Это ведет к возникающей гиперэкстензии пястно-фаланговых суставов. Фаланги пальцев испытывают слишком сильное трение в обуви. В тяжелых случаях кончики пальцев настолько сильно ударяются о землю, что начинают кровоточить. Многие больные для защиты кончиков пальцев подкладывают под них марлевый бинт.

Я считаю, что разгибающие мышцы пальцев слишком короткие, поскольку свод стопы слишком высок. Это можно продемонстрировать тем, что пациенту, лежащему на животе, со стороны подошвы надавливаются на плюсневые кости. При этом стопа делается плоской, и можно видеть, как пальцы ног сгибаются в пястно-фаланговых суставах. Этого состояния можно также достичь посредством сокращения слишком высокого свода стопы.

Стопы в гиперфлексии встречаются очень часто, особенно у женщин и могут быть очень вредны из-за обуви на высоких каблуках. Стопы почти всегда воспалены, и пациенту почти невозможно на длительное время расслабить стопы, чтобы предотвратить ухудшение состояния. Тем не менее, у очень старых пациентов внешне эти недуги в прогрессирующей стадии могут быть вылечены.

Пациентки должны избегать обуви на высоких каблуках. Сами по себе суставы в гиперфлексии служат причиной дополнительной нагрузки. Это можно легко вылечить с помощью гиперэкстензии.





Это свидетельствовало о том, что действительно сложные связи плюсны кажутся многим врачам нелогичными. Я могу лишь сказать, что метод лечения обладает очень большой степенью успеха.

Чувствительные точки

Чувствительные точки расположены дорсально на дистальных окончаниях плюсневых костей.

Лечение

Лечение соответствует лечению плюсневых костей во флексии.



Пястно-плюсневые суставы в экстензии

Первая плюсовая кость

Мощная первая плюсовая кость должна нести на себе основную нагрузку, приходящуюся на плюсну. Дисфункция здесь наиболее частое явление.

Чувствительная точка

Чувствительная точка для этой дисфункции находится на подошве, глубоко между плюсовыми костями в середине диафиза.

Лечение

Обхватывается дистальное окончание плюсовой кости (не пальца). Далее следует растяжение в вывороте. Посредством внутренней или внешней ротации лечение может быть оптимизировано.

Начинающаяся ригидность большого пальца стопы

И в этом случае диагноз и лечение могут последовать прежде, чем наступит действительная дегенерация. Успех лечения проблем со стопами требует обуви, в которой большой палец не сдвинут неестественным образом в сторону. Удивительно, но многие женщины сопротивляются тому, чтобы просто отказаться от своей красивой обуви, даже если та приносит им довольно болезненные ощущения. Если в конце концов боль становится настолько сильна, что зату-



манивается сознание, то в большинстве случаев оперативное вмешательство уже не в силах помочь. Как и остальные пальцы, большой палец также движется фактически во флексии и в экстензии. Обувь, давящая на него латерально, сводит на нет любое лечение.

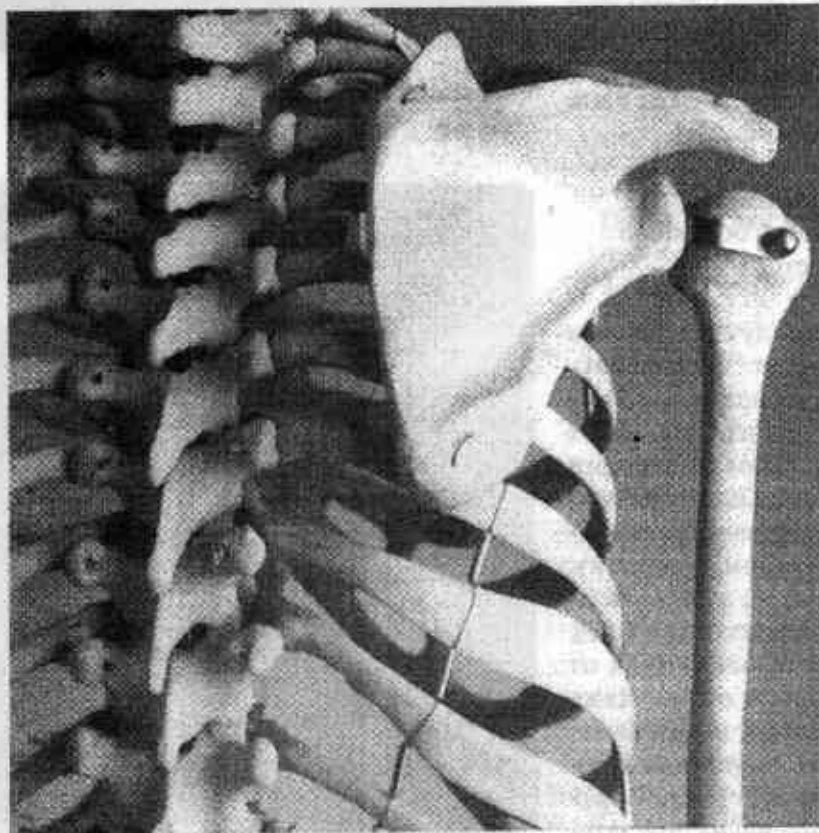
Чувствительная точка

Она лежит под латеральной Os sesamoideum между первой и второй плюсневыми костями или пальцами.

Лечение

Обхватывается большой палец, на него производится нажатие латерально и вращение до тех пор, пока не пройдет болезненность. Вновь усиливается деформация, чтобы ее вылечить. Если пациент при этом помогает врачу, то проблема может быть решена, и исцеление достигнуто.

4.8. ПЛЕЧО, РУКА И КИСТЬ РУКИ



Дисфункции

Очень часто приходится слышать о боли или об онемении в плече, руке или кисти. В большинстве случаев речь идет о неизвестных дисфункциях верхнего грудного отдела позвоночника или верхних ребер. Th1 вплоть до Th5 должны подвергнуться коррекции, иначе могут периодически повторяться локальные проблемы в верхних конечностях. Для новичков это может оказаться неожиданным. В большинстве случаев причиной проблем с плечами является Plexus brachialis, тем не менее, эту причинную дисфункцию я встречал очень редко.

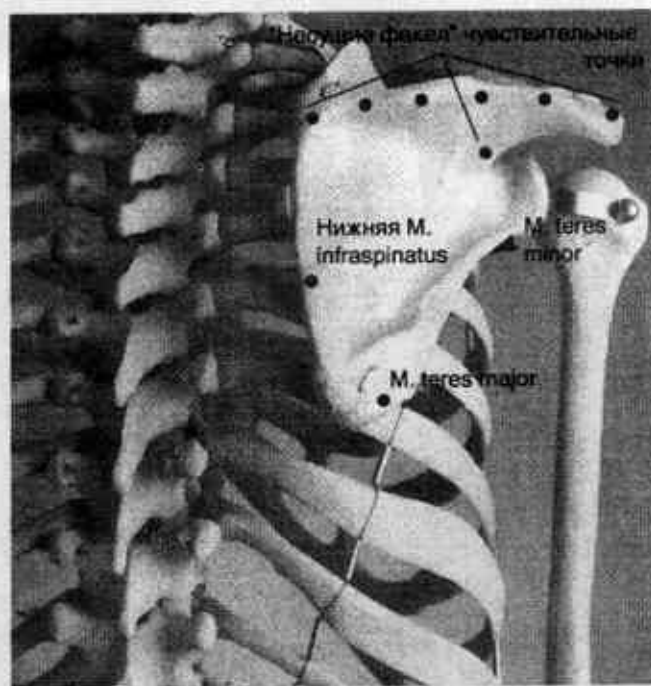
Лечение

Локальное лечение следовало бы проводить только после тщательного обследования пятого межпозвонкового и реберно-позвонкового суставов. Зачастую это становится ясно терапевту лишь после нескольких неудачных попыток.

Как и при других проблемах, болезни пациента находятся в области, в которой невозможно найти никакой чувствительной точки. Чтобы как следует помочь пациенту, я обследую лишь болезненную область, однако ожидаю встретить чувствительную точку в каком-то другом месте.

Чувствительные точки

Большинство чувствительных точек часто встречающихся болей в плече находятся на задней стороне лопатки. Найти их можно очень просто, если пациент лежит на спине. Возможно, пациент сообщает о боли в передней области плеча, однако не следует позволять обманывать себя. Хотя и кажется, что боли связаны с определенными сегментами верхнего грудного отдела позвоночника, что и было описано в первом издании данной книги. Однако в течение длительного изучения выяснилось, что попытка студентов установить эту связь оказалась скорее безрезультатной, чем результативной. Поэтому в настоящем издании чувствительные точки изображаются исключительно на лопатке. В качестве отправной точки мы используем края лопатки (Margo medialis и lateralis) и Spina scapulae.





Передний акромиально-ключичный сустав

Важнейшими акромиально-ключичными суставами являются суставы плеч, расположенные очень далеко проксимально. Здесь могут встречаться два вида дисфункций.

Чувствительная точка

Чувствительная точка передней дисфункции лежит несколько медиальнее дистального окончания ключицы.

Лечение

Рука отводится кпереди над корпусом и индуцируется легкая тракция.



Задний акромиально-ключичный сустав

Чувствительная точка

Чувствительная точка задней дисфункции лежит между дистальным окончанием ключицы и лопаткой.

Лечение

При этой чрезмерной нагрузке проводится тракция руки за корпусом в безболезненной позиции. Кисть руки пациента при этом находится приблизительно на середине тела.

M. infraspinatus

Эта мышца обладает веерообразным строением, вследствие чего разные области выполняют различные задачи, и поэтому требуют различного лечения.

Чувствительные точки

Нижняя чувствительная точка *M. infraspinatus* очень часто находится на 1 см латеральнее *Margo medialis* и на 5 см ниже *Spina scapulae*. Терапевту следовало бы пальпировать сидя и, кроме того, использовать близкую к ноге руку, чтобы близкая к голове рука терапевта могла держать руку пациента над его головой.

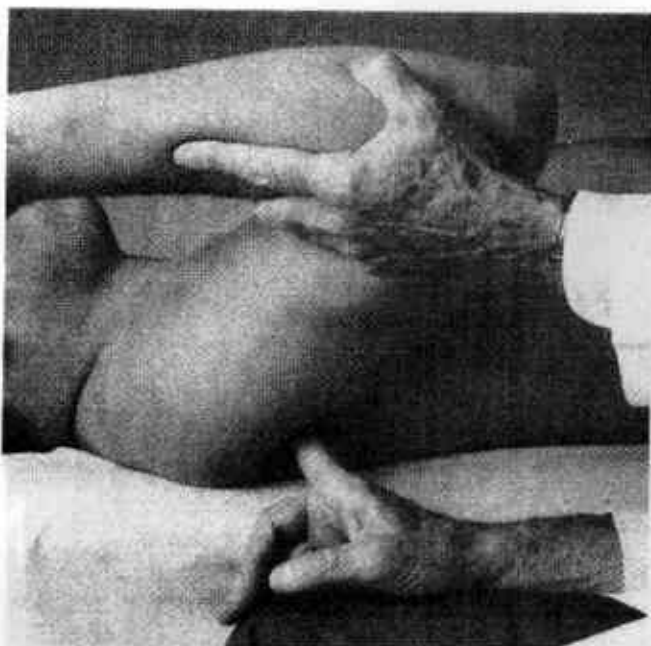
Удастся относительно легко ощущать чувствительный напряженный пучок гладкой мышцы на гладкой кости.

Верхняя чувствительная точка *M. infraspinatus* лежит на 2–3 см ниже *Spina* и на 3 см дальше латеральнее нижней чувствительной точки.

Лечение

Лечение нижней чувствительной точки *M. infraspinatus* состоит из пассивного поднятия руки вперед до тех пор, пока она не окажется над головой. Оптимизация лечения состоит в легком приведении или отведении. Для лечения верхней чувствительной точки рука поднята, но не совсем вперед, а скорее, отодвинута в сторону, как будто она держит факел.





латерально, при довольно ощутимой внешней ротации. Пациент при этом может лежать или сидеть.



M. teres minor

Эта мышца берет начало на задней стороне Margo lateralis лопатки и прикрепляется к задней стороне Tuberculum majus плечевой кости.

Чувствительная точка

Чувствительную точку можно найти у Margo lateralis лопатки непосредственно под рукой или также за головкой плечевой кости.

Лечение

Чтобы сократить мышцу и ликвидировать чувствительную точку, плечевая кость должна двигаться немного кпереди и

M. supraspinatus

Эта мышца находится в Fossa supraspinata, где она берет свое начало. Отсюда она проходит латерально и через верхнюю часть Tuberculum majus плечевой кости вплоть до ее передней стороны.

Чувствительная точка

Чувствительная точка лежит на медиальном компоненте мышцы. Ее не следует путать с чувствительной точкой второго ребра при низком уровне ребер (которая все-таки не движется с плечом, как это случается с чувствительной точкой M. supraspinatus).

Лечение

Мышца расслабляется посредством комбинации движений: 45° флексия, 45° приведение и 45° внешняя ротация. Для этого терапевт садится возле лежащего на спине пациента и кладет его локоть на свое плечо.

M. teres major

Начало этой мышцы находится у *Angulus inferior* лопатки на задней поверхности. Отсюда она идет через подмышечную ямку к передней стороне проксимальной плечевой кости.

Чувствительная точка

Она лежит у начала мышцы возле лопатки.

Лечение

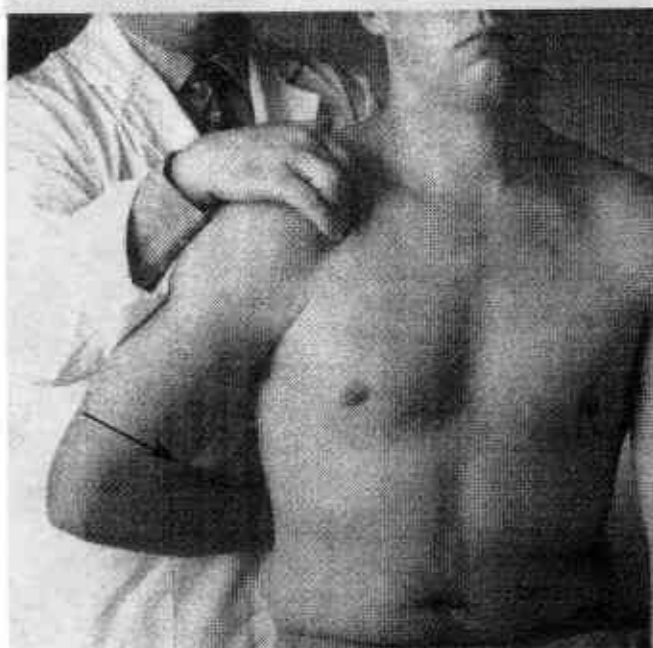
Согнутая в локте рука отводится за туловище. Вследствие этого возникает значительная внутренняя ротация плечевой кости. Движение поддерживается посредством легкого поднятия плеча, в котором ось плечевой кости мягко двигается вверх.

**Медиальный компонент
Processus coracoideus**

На верхней медиальной части передней стороны *Processus coracoideus* находится чувствительная точка для еще одной проблемы с плечом.

Чувствительная точка

Чувствительную точку можно найти внизу и в 5 см медиально к латеральному концу ключицы. Если бы можно было изобразить эту область, то следовало бы



уклониться от использования скелета. До сих пор я никогда не видел, чтобы *Processus coracoideus* был бы отдален от нижнего края ключицы не меньше чем на 1 см, в большинстве случаев приблизительно на 3 см ниже ключицы. У живого человека нельзя просунуть палец между двумя ключицами.

Лечение

В соответствии с анатомией, *M. pectoralis minor* является единственной мышцей, которая в данном случае может играть основную роль. Однако я с большим трудом могу найти объяснение для лечения, которое начинается так же, как и лечение *M.*



teres major, при котором согнутый локоть отводится за туловище. Внутренняя ротация сохраняется, однако на локоть производится надавливание спереди.

M. subscapularis и *M. latissimus dorsi*

M. latissimus dorsi представляет особый интерес, тем не менее, обе эти мышцы следует лечить вместе. Для нахождения *M. subscapularis* нажимают пальцем по направлению стороны верхней части туловища и двигают кзади и выше вплоть до лопатки и *M. subscapularis*. *M. subscapularis* и *M. latissimus dorsi* пересекают подмышечную впадину спереди и прикрепляются к передней стороне плечевой кости.

Чувствительная точка

Относительно *M. latissimus dorsi* я не столь уверен, но предполагаю, что точка на передней стороне плечевой кости, немного медиальнее середины, и есть чувствительная точка.

Лечение

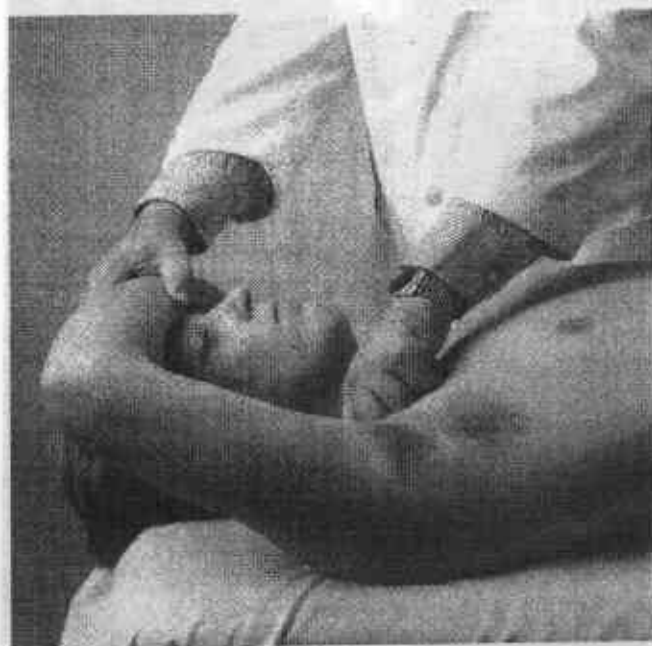
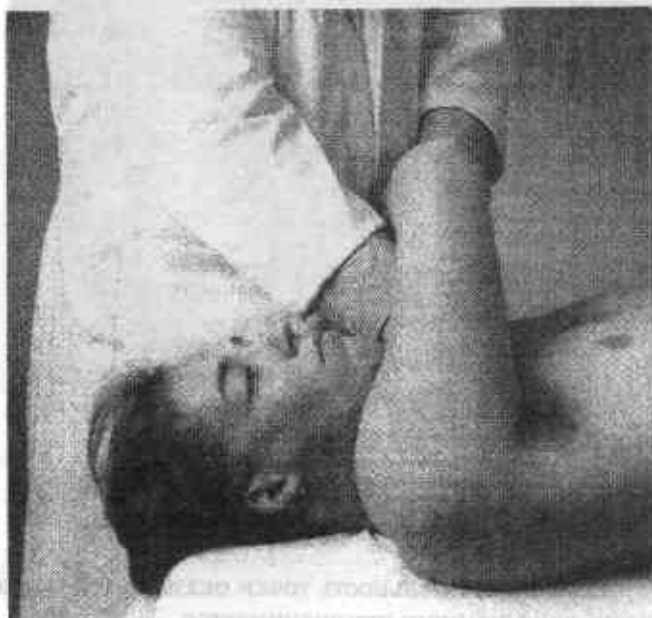
Для расслабления мышцы пациент ложится на спину на край кушетки и свешивает с нее свои руки. Терапевт проводит достаточно сильную внутреннюю ротацию плечевой кости. Во внутренней ротации участвуют обе мышцы. Для *M. latissimus dorsi*, кроме того полезно применение тракции.

Головки***M. biceps brachii*****Чувствительные точки**

Мышечные головки имеют чувствительные точки на *Caput longum* (см. нижнее фото) в борозде двуглавой мышцы или на ниже-латеральной поверхности *Processus coracoideus* (начало *Caput breve*, см. верхнее фото).

Лечение

Caput longum расслабляется, если лучезапястный сустав лежащего на спине пациента кладется ему на лоб. Лечение *Caput breve* требует приведения плеча через грудь.

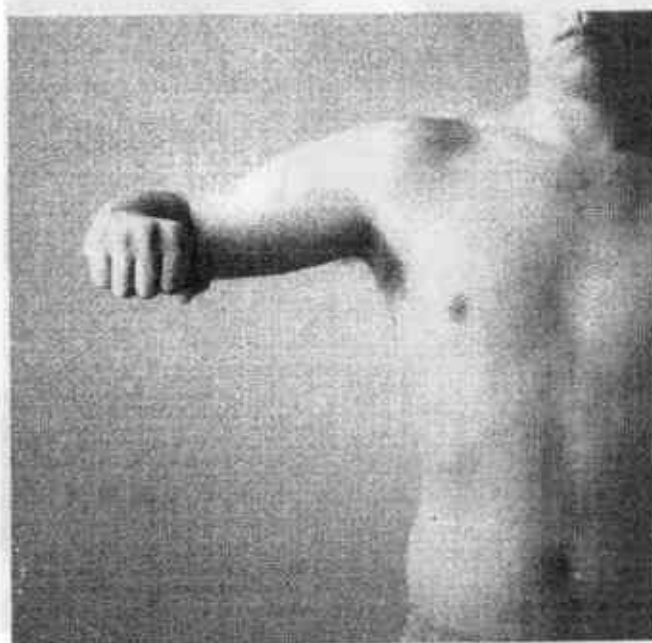


Bursa subdeltoidea (слизистая сумка внутри M. deltoideus)



Лечение

Если чувствительность точки оказывается при этом очень сильной, то плечевая кость лишь немного приподнимается.



По-моему, в принципе не очень распространенная, но в моей практике достаточно часто встречающаяся проблема. Сумке приписываются многие проблемы, связанные с плечом. Эти проблемы иногда довольно успешно лечатся с помощью инъекций кортизона.

Чувствительная точка

Чувствительная точка находится проксимально на передне-латеральной части плечевой кости. Чтобы суметь ее почувствовать, плечевую кость нужно так далеко отвести вперед, чтобы передняя часть M. deltoideus расслабилась.

Повышенный уровень второго ребра и чувствительная точка у латерального компонента Processus coracoideus

Оба эти заболевания не приводят к серьезным дисфункциям плеча, однако могут быть причиной болей и ригидности плеча.

Повышенный уровень второго ребра

Эта дисфункция имеет характерные симптомы. Простое отведение оказывается для пациента болезненным движе-

нием. Причиной тому является повышенный уровень второго ребра. Отведение плечевой кости поднимает второе ребро, хотя это движение ограничено. Лечение соответствует лечению ребра при высоком уровне ребер.

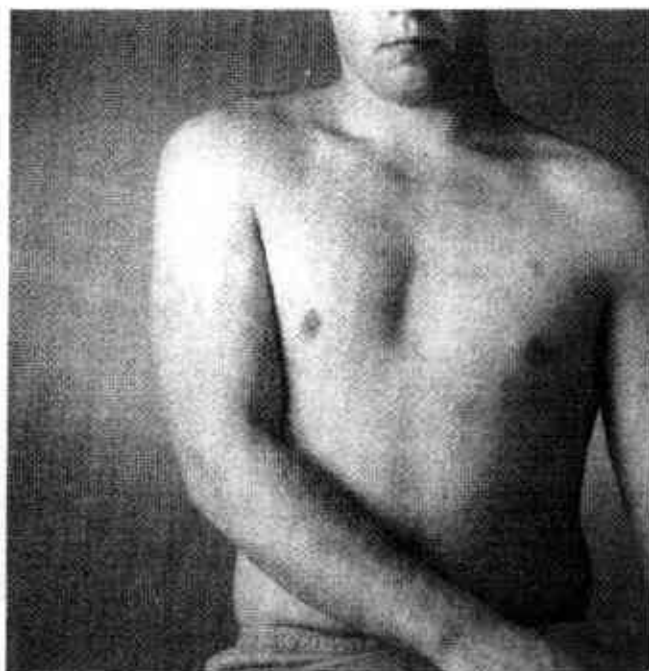
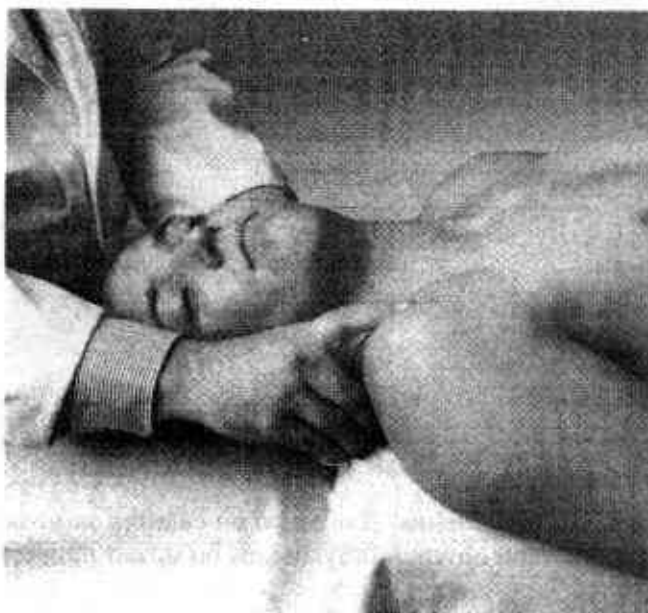
Чувствительная точка на латеральном компоненте Processus coracoideus

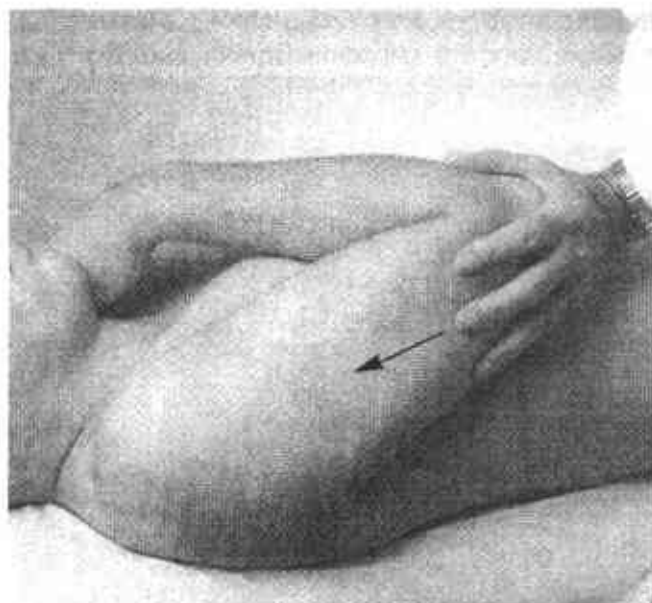
Эта чувствительная точка на верхне-латеральном компоненте Processus coracoideus совершенно запутывает меня. Кажется, что никакое движение плеча не оказывает на нее влияния. Однако экстензия шейного отдела позвоночника, выступающего за край кушетки, при одновременном наклоне в неболезненную сторону и ротации в сторону болезненную, устраняют проблему.

Озноб плеча

Фото показывает позу при синдроме озноба плеча. Движение сверху вниз усугубляет боль.

Этот очень болезненный синдром в худших случаях можно узнать на расстоянии. Пациент тянет руку так близко к тораксу, как это только возможно, и это причиняет ему сильную боль, если рука находится в отведении. Он охотнее осуществил бы еще большее приведение руки, но этому мешает торакс. Слабовыраженные формы синдрома онемения плеча не столь очевидны, однако могут легко диагностироваться посредством движения плечевой кости вниз, причиняющего боль.





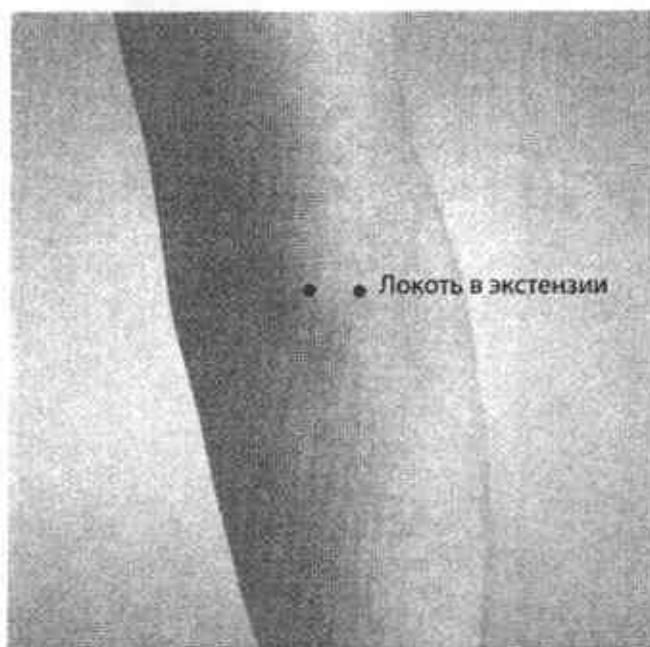
дать данное лечение. Для этого он садится за низкий стол и кладет на него локти. Посредством опускания туловища он может привести свои плечи в эту позицию.

Лечение

Рука может быть очень сильно приведена, для чего используется внешняя ротация лопатки. При этом локоть остается прижатым к тораксу. Рука согнута. Производится надавливание на локоть непосредственно вдоль стержня плечевой кости вверх, в результате чего плечо движется вверх. Благодаря этому лопатка вращается во внешнюю сторону и производится необходимое гиперприведение плечевой кости.

Это единственно возможное довольно безболезненное движение. Пациент может научиться самостоятельно прово-

Локоть



Этот сустав достоин особого внимания. Он обладает сгибательной и вращательной функциями приблизительно на 180° . Но у этого столь сложного и, по всей видимости, довольно уязвимогo сустава бывает относительно мало болезней.



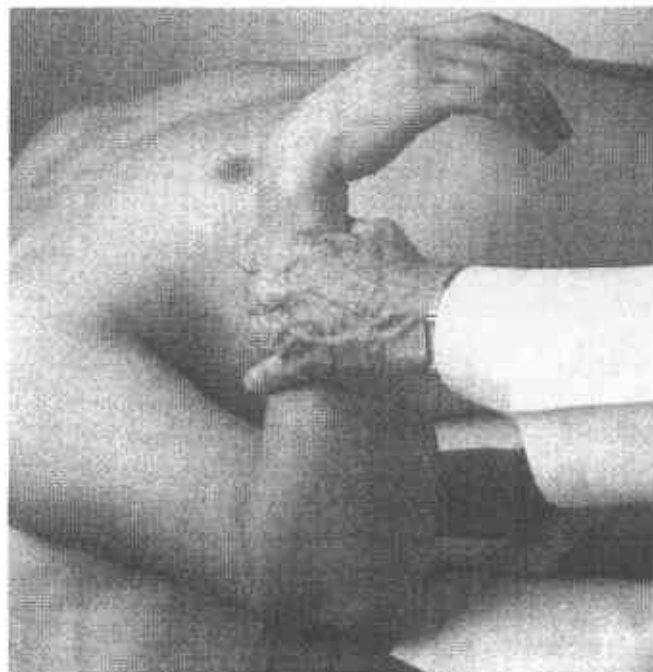
Caput radii (головка лучевой кости)

Это важная дисфункция локтя. Проблема, которую я называю дисфункцией локтя, многими ортопедами называется *Epicondylus lateralis*. *Epicondylus lateralis* столь же чувствителен к боли, как и головка лучевой кости. Передняя латеральная часть лучевой кости даже чрезмерно чувствительна.

Лечение

Локоть приводится в достаточно выраженную экстензию — но все-таки, не в гиперэкстензию — с довольно четким поворотом кнаружи. Оптимизация лечения достигается посредством отведения или приведения.





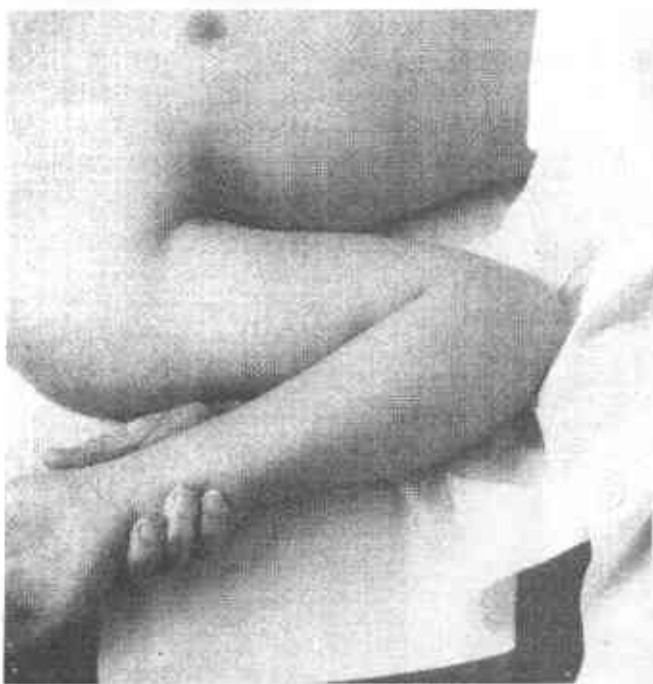
M. pronator teres

Чувствительные точки

Они лежат на медиальной части передней стороны локтя от Epicondylus lateralis до Fossa cubitalis.

Лечение

Лечение состоит из сгибания под углом 90° и пронации предплечья, чтобы тыльную поверхность кисти положить на торакс (на фото это, к сожалению, не показано).



Локоть во флексии

Эта дисфункция встречается довольно редко.

Чувствительные точки

На Processus coronoideus лучевой кости могут быть найдены чувствительные к боли точки. В трудных случаях локоть пациента сгибается.

Лечение

Лечение состоит из четкой флексии, причем предплечье при полной пронации кисти движется немного латерально. При полной флексии пальпация чувствительной точки невозможна. Поэтому сначала проводится лечение и затем

локоть так далеко вытягивается, что чувствительная точка может пальпироваться. В большинстве случаев она сразу же исчезает.

Локоть в экстензии

Чувствительная точка

Боль и слабость наблюдаются в *M. biceps brachii*, однако чувствительная точка находится на отростке локтевой кости ближе к сухожилию *M. triceps brachii*.

Лечение

Лечение состоит в гиперэкстензии локтя и оптимизации посредством отведения или приведения.

Существует еще одна довольно редкая проблема, связанная с локтем. Поскольку движения имеют относительно грубую природу, успешное лечение в большинстве случаев достигается опытным путем.

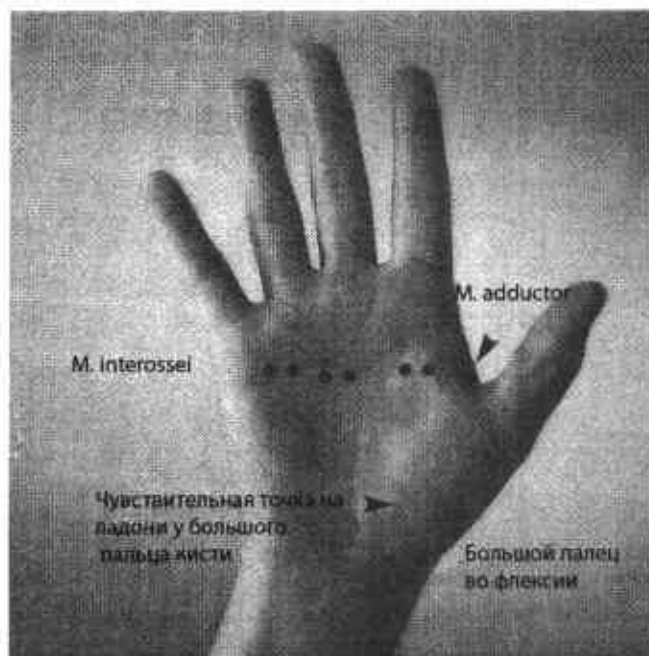


Лучезапястный сустав

Поскольку лучезапястный сустав состоит из восьми костей, я сначала предполагал, что требуются сложные манипуляции. Однако я был очень удивлен, до чего простым является лечение лучезапястного сустава. Я рассматривал его как один сустав и добился успеха.

Если боль находится на дорсальной стороне лучезапястного сустава, то следует привести экстензию и ротацию. А если боль имеется на ладонной стороне, то проводится флексия и ротация. При случае лечение оптимизируется посредством отведения либо приведения.





Локоть часто бывает ответственен за боли в лучезапястном суставе, даже если в самом локте болезненности не наблюдается.



Лучезапястный сустав в экстензии

Многие маленькие косточки лучезапястного сустава дают повод для того, чтобы рассматривать его как довольно сложный, однако опыт показывает, что за редким исключением его следует воспринимать как один самостоятельный сустав. Существует твердое правило, что болевую чувствительность на тыльной стороне кисти можно устранить посредством экстензии в лучезапястном суставе.

Суставы пальцев рук и большой палец

Большой палец является важнейшей частью кисти. Без него она бы была наполовину бесполезной. У многих пожилых женщин болезненные и слабые большие пальцы рук, причем многие годы. Причина в том, что они никогда эти пальцы не лечили. Однако проблемы могут быть устранены, а пальцы вылечены. Существует три различные дисфункции.

Лучезапястный сустав и большой палец кисти во флексии

Эта дисфункция встречается очень часто.

Чувствительные точки

Они лежат на сгибательной стороне основания первой плюсневой кости или немного дальше латерально.

Лечение

Лечение требует флексии всего лучезапястного сустава с усилием посредством легкого нажатия на большой палец кисти.

Лечение может быть оптимизировано посредством ротации лучезапястного сустава.



Ладонный большой палец

Чувствительные точки

Чтобы найти чувствительные точки, расположенные на внутренней поверхности кисти, со стороны ладони глубоко нажимается на дистальное окончание первой плюсневой кости, одновременно на другой стороне кисти пальпируется медиальная сторона первого запястно-пястного сустава.



Лечение

Лечение осуществляется посредством движения к пальцу через поверхность кисти при одновременной внутренней ротации большого пальца.

Как и при многих других проблемах кистей рук, пациента можно обучить само-лечению.

**Лечение**

Большой палец зажимается между указательным пальцем и средним и при этом сдвигается рукой терапевта.



сустава, при этом палец слегка отводится латерально в чувствительную сторону пястной кости.

M. adductor pollicis

Это довольно редкая дис-функция.

Чувствительная точка

Она находится в складке кожи между большим пальцем кисти и указательным пальцем. Стимуляция этой области с некоторых пор стала использоваться и для лечения голов-ной боли, однако я использую ее исключительно для лечения большого пальца кисти.

Пальцы, блокированные во флексии

Эта дисфункция особенно характерна для указательного и среднего пальцев, причем пер-вые межфаланговые суставы находятся во флексии.

Чувствительная точка

Она находится на ладони на M. interosseus большого пальца.

Лечение

Лечение состоит из сги-бания пястно-фалангового

Дорсальный пястно-запястный сустав и пястно-фаланговые суставы

Пациент жалуется на уменьшение силы сжатия кисти, например, на неспособность поднять чемодан.

Чувствительная точка

Здесь также чувствительная точка находится напротив так называемой слабой мышцы кисти, а именно, на тыльной стороне кисти, обычно на дистальных окончаниях пястных костей.

Лечение

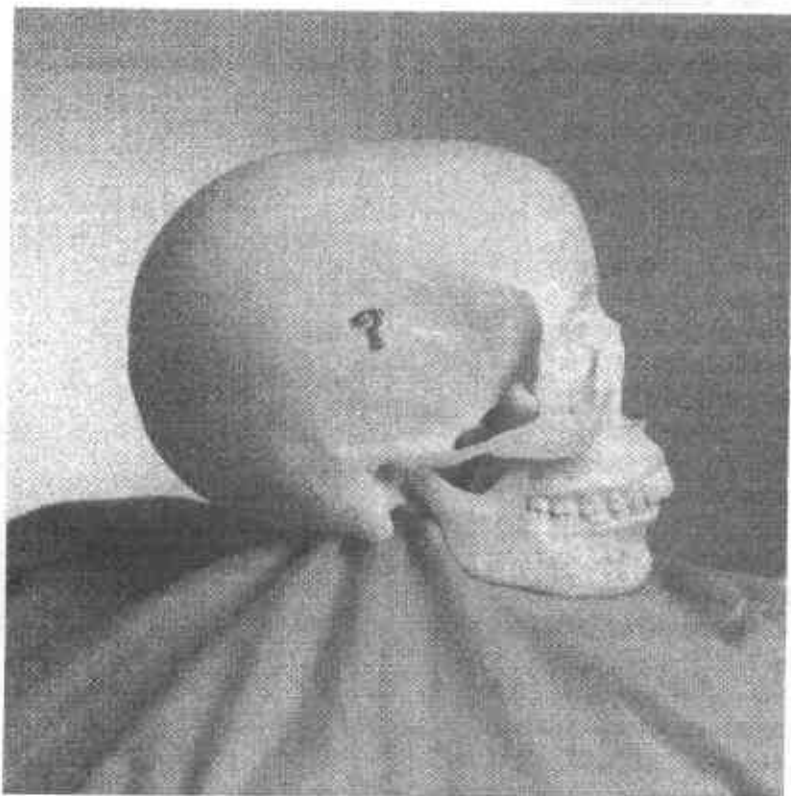
Пальцы и лучезапястный сустав приводятся в экстензию. Сила тотчас же возвращается.

Контрактура Дюпюитрена

Меня уверяли, что речь не может идти о диагностируемом нарушении. Это жесткая, хроническая и фиброзная контрактура почти всех ладонных мышц, делающая кисть руки безобразной. Я не возлагал никакой особой надежды на первую вылеченную мной контрактуру. Сначала казалось, что она не реагирует на мое лечение путем форсированной флексии, но через три дня пациент пришел ко мне вновь почти с нормальной кистью. Я был удивлен больше, чем он. До этого я лечил лишь один случай, но и здесь результаты были достаточно хорошие.



4.9. КРАНИОФАСЦИАЛЬНЫЕ ДИСФУНКЦИИ



КРАНИАЛЬНОЕ ДВИЖЕНИЕ

Лечение черепа было развито врачом, доктором остеопатии Уильямом Гарнером Сатерлендом. Подвижность черепа, структура, которая считается неподвижной, и первичный респираторный механизм ликвора составили концепции, развитие которых он форсировал. Насколько я представляю его методы, он поддерживал этот механизм дыхания и исправлял его посредством весьма субтильных манипуляций, что способствовало успешному лечению головы. Многие его верные последователи являются высоко квалифицированными краниальными терапевтами, достигшими поразительных успехов в лечении головы. Я выяснил, что мне понадобились бы годы для достижения высокого уровня качества краниальных методов лечения Сатерленда, почти невзирая на трудность изобразить все это в одной книге. Однако я исходил из того, что контрстрейн как действенная концепция для тела также должна подойти и к голове.

Лечение

Сатерленд использовал не-прямые методы лечения, т.е. ткань двигалась в неограниченном направлении, чтобы тем самым добиться того, чтобы можно было вновь двигаться в направлении ограничения движения. Концепция контрстрейн также использует не-прямые методы лечения. Используя эту обратную информацию тела, поступающую ко мне при лечении других его частей, я смог с осторожностью лечить череп, хотя и имел об этом весьма смутное представление. Мне не нужно было понимать, в чем нуждался череп,

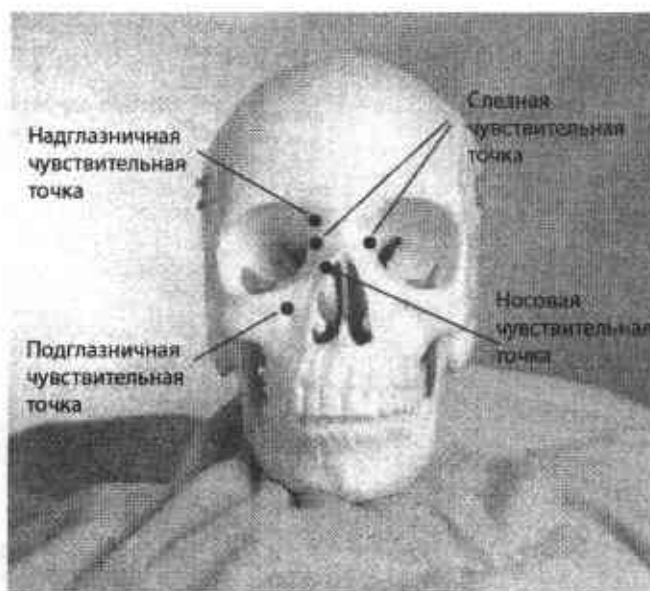
об этом лучше всего было известно ему самому, и он сам мог бы сообщить мне об этом. Если пациент знает, что терапевт способен воспринимать обратную информацию, причиняя при этом боль или нет, то лечение может оказаться успешным. Таким образом, дисфункции черепа можно облегчить уже с первого раза.

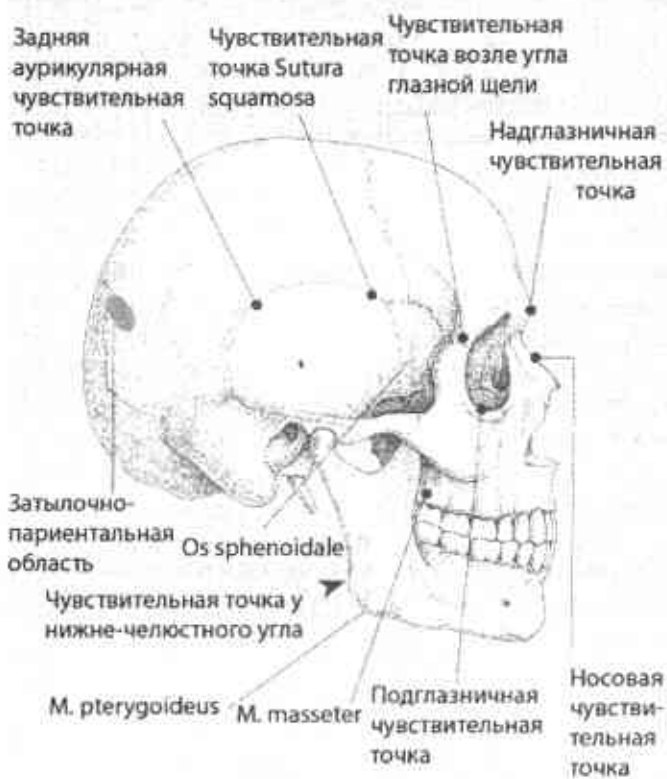
И после более чем тридцатилетней практики я не могу с достоверностью утверждать, какие точно изменения я вызвал при лечении черепа. Обратная информация организма является, тем не менее, настолько решающей, что я с чистой совестью могу применять достаточную силу, как это предписано методом Сатерленда.

Таким образом, краниальные дисфункции для меня потому важны, что череп содержит мозг, зрительный бугор и гипофиз, и можно ожидать, что череп влияет на все это. Некоторые терапевты, последователи Сатерленда, в своем усердии зашли так далеко, что из-за важности краниального лечения пренебрегают лечением остальных частей тела. Для меня же череп является одной из частей организма, функцию которого я в состоянии поддерживать так хорошо, как могу. Некоторые из обозначений я заимствовал у терапевтов, последователей Сатерленда, т.к. они хорошо выражают то, что я хотел объяснить.

Os occipitate

Если рассматривать череп как один из структурных придатков тела, то разумнее начать сперва с проксимальной части, т.е. с Os occipitale, которая связана с верхним шейным отделом позвоночника.





скуловую кость и на расположенную напротив сторону *Os occipitale*. Это повторяется также и в другом направлении. Если не возникает никакого чувства, ни хорошего, ни плохого, то мы исходим из того, что не имеется никакой нагрузки. Если одно из направлений лечения оказывается приятным, то лечение продолжается в этом направлении.



Os occipitale — Incisura mastoidea

Чувствительная точка

Поиски чувствительной точки начинают с окончания *Processus mastoideus*. Там находится плоский желоб (*Incisura mastoidea*), который проходит медиально и в нижней стороне отростка по направлению вверх. Вдоль этого желоба на расстоянии от 3 до 4 см можно встретить болевую чувствительность.

Лечение

Руки достаточно сильно нажимают на обе стороны черепа, причем руки не должны

соскальзывать. Внутренние поверхности ладоней закрывают уши. Снова применяется сила торсии, а именно, с обеих сторон вокруг поперечной оси по или против часовой стрелки.

Обычно одно из направлений лечения оказывается лучше, чем другое, и сокращается чувствительность точки, если терапевт в состоянии одновременно ее пальпировать.

Переход от *Os occipitale* к *Os parientale*

Sutura lambdoidea можно пальпировать намного легче, чем думалось вначале. Он пальпируется глубоко на гладкой поверхности *Os occipitale* и приводит пальцы в движение латерально. У *Sutura lambdoidea* поверхность становится более шероховатой, так что ее можно проследить вплоть до точки соединения (*Lambda*) *Sutura lambdoidea* с *Sutura saggitalis*.

Несмотря на сравнительно недавнее открытие этой дисфункции, она встречается довольно часто.

Чувствительная точка

Чувствительная точка и боль в черепе находятся в 8 см от середины лямбды дальше на Sutura lambdoidea, а именно большей частью на теменной стороне.

Лечение

Кончиками пальцев производится надавливание на Os parietale приблизительно на 2,5 см спереди, вперед и в направлении середины тела.

Некоторые точки я мог бы вылечить в первую очередь, нажимая на переднюю часть Os frontale. Пациент чувствует заметное облегчение, если позиция пальцев и применяемое надавливание производится правильно. Позвольте пациенту руководить вами.

**Затылок****Чувствительная точка**

Она находится в центре между задней чувствительной точкой С1 и чувствительной точкой на Os occipitale-Incisura mastoidea.

Лечение

Лечение может быть достигнуто двумя способами. Во-первых, посредством поперечного общего сдвигивания задней части черепа, при этом возвышение большого пальца руки нажимает медиально на Processus mastoideus, а кончики пальцев, напротив, давят сзади на другую сторону Os occipitale. Однако этот метод не всегда оказывается успешным.



Второй метод состоит из косого общего сдавливания черепа между чувствительной точкой затылка *Sutura coronalis*. Это единственный метод, при котором производится надавливание на чувствительную точку.



Sutura lambdoidea

Чувствительная точка

Это довольно редкая чувствительная точка на краю *Os occipitale* в трех см латерально (справа или слева) в области ламбды.

Лечение

На соответствующую область чувствительных точек на противоположной стороне производится легкое надавливание.



Os sphenoidale

Поскольку существует связь между *Os sphenoidale* и большинством других костей черепа, и *Os sphenoidale* образует большую часть основания черепа на передней части затылка, можно предположить, что при каждом лечении влияние оказывается лишь до некоторой степени. Тем не менее, только большое крыло *Os sphenoidale* может пальпироваться на виске сзади глазницы с внешней стороны.

Чувствительная точка

Оба больших крыла *Os sphenoidale* для сравнения пальпируются одновременно. Если чувствительно одно крыло, то, вероятно, оно менее вогнуто, чем другое. Хотя

для многих представляется невозможным, что чувствительная точка расположена латерально, но при пальпации у меня точно создалось такое впечатление.

Лечение

Руководствуясь этим предположением, а также принципом сокращать любую деформацию посредством кратковременного усилия, возвышением большого пальца одной руки мы нажимаем на безболезненную вогнутую сторону. Противоположная сила вместе с ладонью другой руки воздействует на стороне *Os frontale*, причем палец пальпирует чувствительную точку большого крыла *Os sphenoidale*. Независимо от того, является ли теперь наше предположение верным или нет, это лечение всегда приносит облегчение и фактически сокращает деформацию. За исключением остатков отека на чувствительном крыле *Os sphenoidale*, вогнутые выпуклости кажутся теперь сравнительно больше.

Так как, по моему мнению, *Os occipitale* является самой проксимальной костью черепа, а *Os sphenoidale* — самой важной его костью, то лечение я начинаю с этого заднего плана.

Задняя аурикулярная чувствительная точка и чувствительная точка *Sutura squamosa*

Чувствительные точки

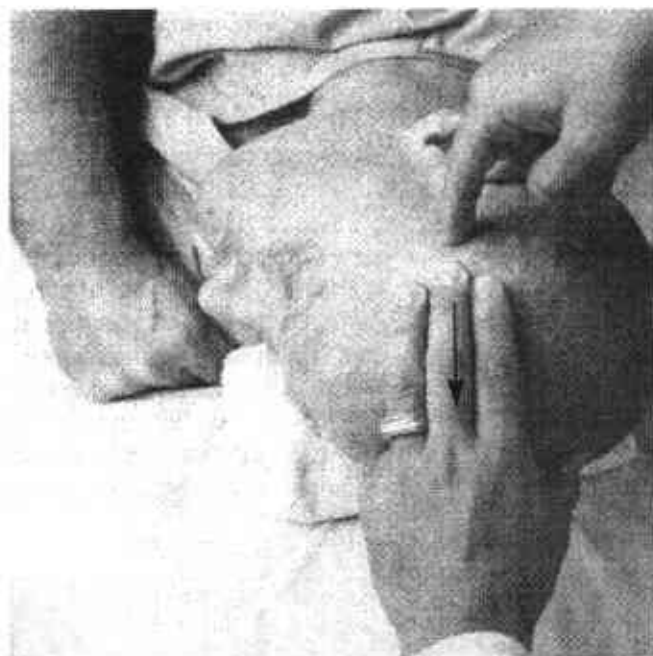
На один сантиметр за вершиной ушной раковины находится углубление величиной с кончик пальца. Здесь находится задняя аурикулярная чувствительная точка, и я думаю, что ею можно объяснить напряжение в задней части *Sutura squamosa*.

В двух сантиметрах перед вершиной ушной раковины может пальпироваться сквамозальная чувствительная точка. Обе чувствительные точки могут лечиться одинаково.

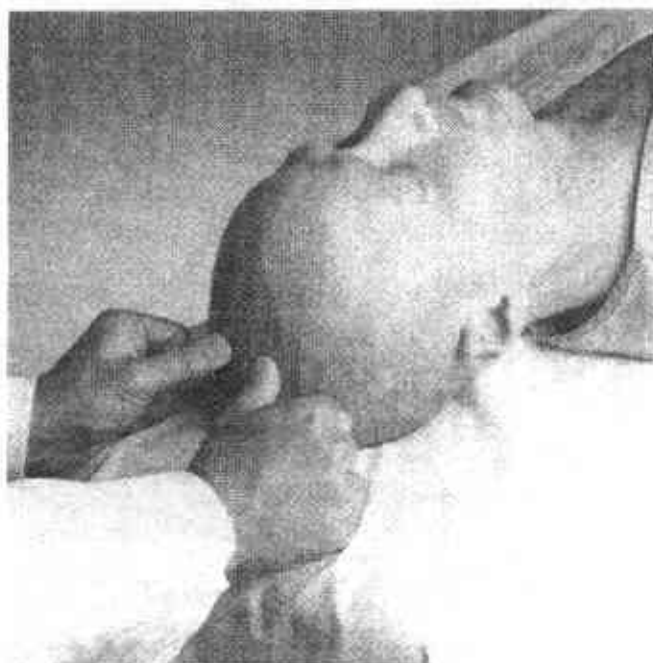


Лечение

Пациент лежит на неболезненной стороне. Положенное спереди-назад скатанное полотенце лежит под скуловой дугой. Лечение состоит из нажатия кзади на нижнюю часть *Os parietale* в месте, где кожа над чувствительной точкой лучше всего двигается при тянущей боли краниально и медиально. Эта тянущая боль, которая при пальпации чувствительной точки усиливается, лечит обе чувствительные точки.



Если чувствительные точки найдены с обеих сторон, то помогает нажатие на обе *Ossa temporalia*. Уши при этом находятся под вогнутыми ладонями. Многим пациентам нравится это лечение, даже если нельзя найти чувствительные точки.



Sutura coronalis

Чувствительная точка

Медиальный передний край *Os parietale* может чувствоваться непосредственно за *Sutura coronalis*. Точка лежит относительно выше по сравнению с другой стороной.

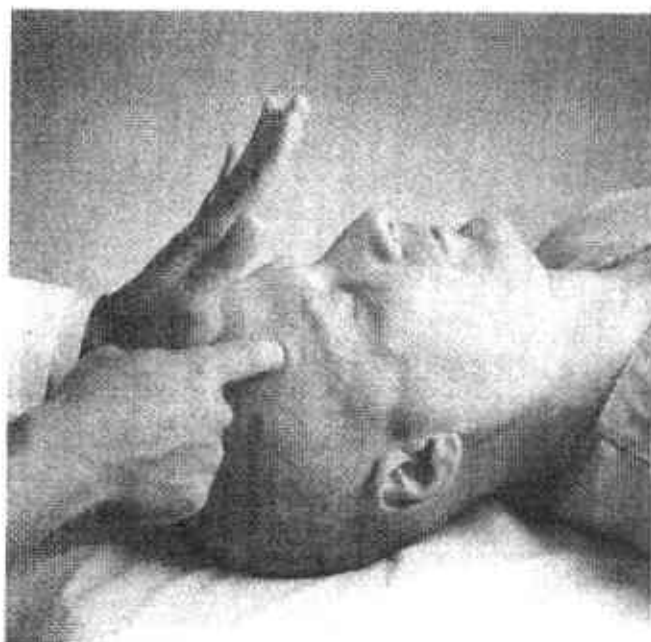
Лечение

Производится нажатие на нижнюю сторону.

Фронтальная часть Sutura coronalis

Чувствительная точка и лечение

Производится нажатие на еще одну точку на Sutura coronalis на среднем нижнем крае Os frontale, чтобы облегчить головную боль над глазами.



Латеральный угол глазной щели

При этой чувствительной точке череп сгибается над ней.

Чувствительная точка

Чаще всего чувствительная точка на латеральном угле глаза находится на латеральном крае глазницы.

Лечение

Для лечения производится надавливание на Os zygomaticum, и Os frontale движется в направлении чувствительной точки.





Os zygomaticum

Чувствительная точка

Эта редкая чувствительная точка лежит непосредственно выше Arcus zygomaticus Os temporale.

Лечение

Лечение состоит, как и при чувствительной точке на латеральном углу глазной щели, из компрессии Os temporale в данном случае против Os parietale.



N. ophthalmicus или N. Supraorbitalis

Чувствительная точка

Чувствительная точка находится на внутреннем крае глазницы ближе к Foramen supraorbitale.

Лечение

Os nasale зажимается между большим и указательным пальцами, и отводится вниз от Os frontale. С помощью предплечья другой руки оказывается противоположное движение на Os frontale. Иногда необходимо еще латеральное применение силы, направленное вперед от неболезненной стороны.

Os nasale

Чувствительная точка

Сторона спинки носа чувствительна к боли.

Лечение

Боль облегчается посредством нажатия на противоположные стороны, нос чувствует себя лучше и лучше функционирует.

При этом хорошо вылечивается хроническое слезоотделение. Закупоренный носовой ход благодаря лечению вновь оказывается свободным. Поскольку я специализировался на других дисфункциях, то по этой проблеме я не консультировался. Данный способ лечения был обнаружен мною случайно и в очень немногих случаях. Пациенту, которому я не смог помочь, в течение многих лет проводилось зондирование носового пути.



Подглазничная чувствительная точка

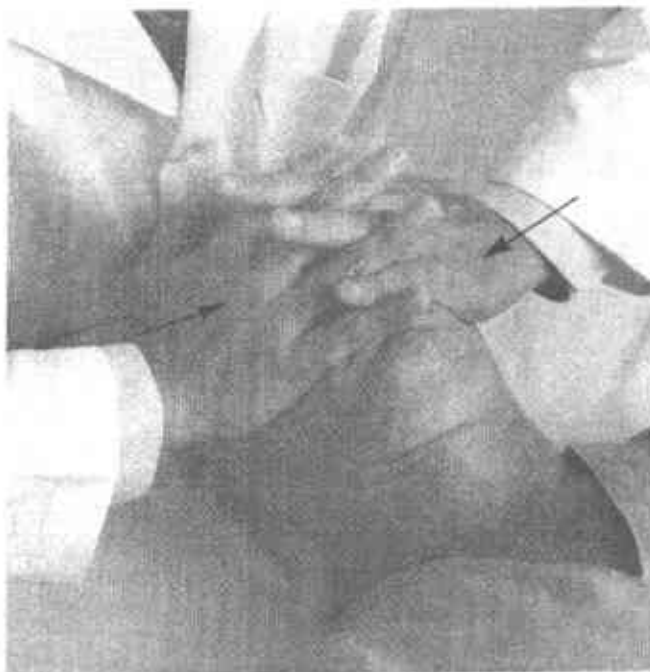
Пациенты, страдающие от хронического насморка или от заболеваний придаточной полости носа, уповают на лечение этой чувствительной точки.

Чувствительная точка

Эта довольно частая и очень важная чувствительная точка названа так по своему положению около Foramen infraorbitale.

Лечение

Для лечения производится надавливание ладонями обеих рук на Os zygomaticum наискось кзади и медиально.



Если напряжение внутренних поверхностей кистей терапевта увеличивается в результате экстензии пальцев, то уменьшается неприятное чувство у *Os zygomaticum*. Кроме того, при корректном лечении у пациента еще сохраняется легкая давящая боль в сжимаемой *Os zygomaticum*, но одновременно возникает приятное чувство в нижней области носа, где пациент до этого не испытывал никакой боли.



Двусторонняя компрессия

Как и при большинстве других краниальных методов лечения, данный метод применяется, если нажатие приятно для пациента. Для этого череп одновременно сдвигается медиально, причем ладони закрывают ушные раковины.



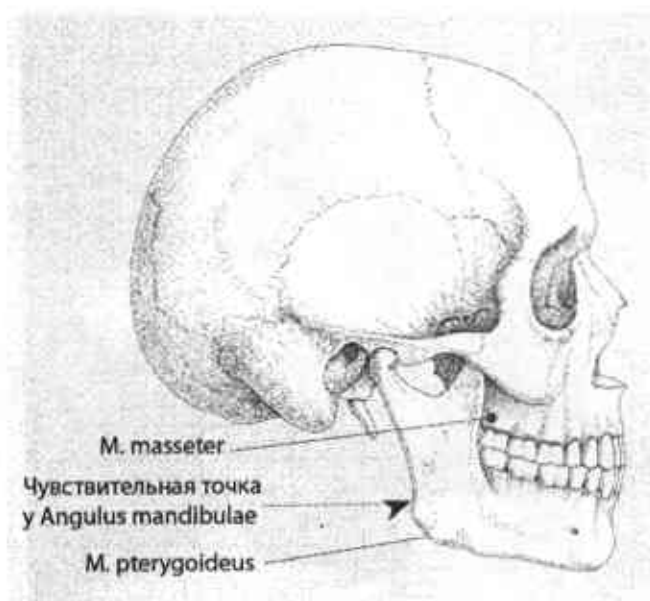
Os lacrimale

Лечение

Большим и указательным пальцами производится глубокое надавливание в области медиальной глазницы. Требуется некоторый опыт, чтобы знать, как далеко начинать надавливание вглубь на область века. Если производить слишком далеко наружу, над глазным яблоком, то оказывается давление на глазное яблоко. Если производить надавливание слишком далеко медиально, то будет трудно надавливать достаточно глубоко, чтобы достигнуть *Os lacrimale*. Легкое нажатие на *Os lacrimale* зачастую ослабляет ее подвижность.

Височно-нижнечелюстной сустав

Этот поистине важный сустав может стать причиной некоторых заболеваний. Большинство из них являются односторонними. Если челюсть открывается медленно, то можно заключить, что она с одной стороны отклоняется от нормы и затем снова возвращается к срединной линии. Нужно применять не один механизм, поскольку две чувствительные точки расположены по обеим сторонам челюсти, и именно обе эти чувствительные точки необходимо найти при подобном отклонении от нормы.



M. masseter

Чувствительная точка

Чувствительную точку на стороне отклонения от нормы, кажется, можно найти в M. masseter рядом с передней частью выступающей Ramus Mandibulae.

Лечение

На слегка приоткрытую челюсть производится надавливание в направлении больной стороны.





Чувствительная точка у *Angulus mandibulae*

Чувствительная точка

Чувствительная точка другой стороны находится на задней стороне челюсти за выступающей *Ramus Mandibula*, чуть меньше чем на два сантиметра выше *Angulus mandibulae*. Ее не следует путать с первой передней цервикальной чувствительной точкой, которая находится немного выше, возле мочки уха.

Лечение

Подбородок движется от болезненной стороны латерально и вращается. Скуловая кость придерживается.

Повторяю, чувствительная точка, расположенная краиниально на заднем крае выступающей *Ramus mandibula*, несмотря на близость к височно-нижнечелюстному суставу вовсе не является чувствительной точкой для лечения этого сустава, поскольку она лечится просто посредством ротации головы. C1 не является чувствительной точкой челюсти. Чувствительная точка C1 лежит намного ближе к височно-нижнечелюстному суставу, однако ее можно отнести к первому цервикальному суставу.



M. pterygoideus internus

Чувствительная точка

Еще одна чувствительная точка находится на медиальной стороне Ramus Mandibula. Лучшее всего ее можно пальпировать одним пальцем сзади во рту.

Лечение

Довольно успешным является применение латеральной силы на больной стороне выступающей Ramus Mandibula. Таким образом, без всякой ротации сокращается M. pterygoideus internus. Альтернативно надавливается широко открытая челюсть в направлении болезненной M. pterygoideus internus.

Тризм

Пожалуй, о тризме, при котором рот открывается недостаточно, известно очень мало. Мои попытки вылечить это заболевание посредством сильного сжатия челюсти обеими руками сначала не были успешными. Это изменилось лишь тогда, когда я попросил пациента попытаться открывать челюсть, невзирая на мое сопротивление, до тех пор, пока он не устанет. Три сеанса по 20 секунд каждый дали хорошие результаты.

У многих пациентов с болью в области челюсти наблюдалась дисфункция четвертого цервикального сустава. В этом случае следовало бы сначала лечить эту дисфункцию. Как уже упоминалось, существуют другие, редкие дисфункции, которые здесь не отражены. Опытный терапевт обычно вырабатывает для этого собственные методы лечения.



СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Beal, M.D., Dvorak, J.:* Palpatory Examination of the Spine: A Comparison of the results of two methods. Relationship of Segmental (Somatic) Dysfunction to Visceral Disease. *Journal of Manual Medicine*, 2 (1984).
- Bonica, J. D., Albe-Fessard, D.:* Advances in Pain Research and Therapy. NY: Raven Press, 1980.
- Freeman, M.A.R., Wyke, B. D.:* The Innervation of the Knee Joint. An Anatomical and Histological Study in the Cat., in: *Journal of Anatomy*, (London) 101 (1967).
- Dvorak, J., Dvorak, V.:* Manual Medicine, (1990).
- Fassbender, H.G.:* Der Rheumatische Schmerz. *Med. Welt* 36 (1980).
- Granit, R.:* Receptors and Sensory Perception. New Haven: Yale University Press, 1955.
- Granit, R.:* The Functional Role of Muscle Spindles – Facts and Hypothesis. *Brain* 98 (1975).
- Groves, P.M., Lee, D. Thompson, R. E.:* Effects of Stimulus and Intensity on Habituation and Sensitization in Acute Spinal Cat. In: *Psychology and Behavior*, Vol.4 (1968).
- Groves, P., Thompson, R.F.:* Habituation. A Dual-Process Theory. In: *Psychological Review* 1970, V. 77.
- Hassler, R.:* Neuronale Grundlagen der spastischen Tonussteigerung. In: Bauer, H.J. Koella, W.P., Sturpler, A.: *Therapie der Spastik*. Verlag für angewandte Wissenschaften, München, 1981.
- Korr, I.M.:* Proprioceptors and Somatic Dysfunction. *Journal of the American Osteopathic Association* 74 (1975).
- Jones, L.H.:* Foot Treatment Without Hand Trauma. *Journal of the American Osteopathic Association* 72: 481 – 489, Januar 1973
- Jones, L.H.:* Missed Anterior Spinal Lesions. A Preliminary Report. *DO 6: 75 –9 Mar 66.*
- Owens, C.:* Endocrine Interpretation of Chapman's Reflexes. Second Edition. Chatanooga, TN: Chatanooga Printing and Engraving, 1973.
- Larson, L.N.:* Summary of Side and Occurrence of Patients in the Intensive Care Unit. *Journal of the American Osteopathic Association* 75 (1976).
- Mense, S.:* Nervous Outflow from Skeletal Muscle Following Chemical Noxious Stimulation. In: *Journal of Physiology* (London) 267 (1977).

Patterson, M.M., Steinmetz, J.E.: Long-Lasting Alterations of Spinal Reflexes: A Potential Basis for Somatic Dysfunction. In: Manual medicine (1986) 2.

Ramirez, M.A., Haman, Worth, L.: Low back pain: Diagnosis by six newly discovered sacral tenderpoints and treatment with counterstrain technique. In: Journal of American Osteopathic Association, July 1989. Vol. 89, No. 7.

Richmond, F.J., Abrahams, V.C.: What are the Propriocertors of the Neck?, In: Progress of Brain Research. 50 (1979).

Rumney, J.C.: Structural Diagnosis and Manipulative Therapy. J. Osteopathy 70: 21 – 33, Jan 63. Revidierte Fassung D.O. 4: 135 – 142. 1963.

Sato, A.: The Somato-Sympathetic Reflexes; their Physiologic and Clinical Significance. 1975 National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke. Monographie Nr. 15.

Schmidt, R.F., Kniffki, K.D., Schomburg, E.D.: Der Einfluss kleinkalibriger Muskelafferenzen auf den Muskeltonus. In: Bauer, H.J., Koelle, W.P., Struppier, A. Therapie der Spastic. Verlag für angewandte Wissenschaften, München.

Strain and Counterstrain. Rationale of Manipulation. Rede, gehalten auf dem Fourth Annual Post-Graduate Seminar of the American Academy of Osteopathy. Colorado Springs, 25. – 27. Mai 1972.

Travel, J.: Basis of the Multiple Uses of Local Block of Somatic Trigger Areas. Procaine Infiltration and Ethyl Chloride Spray. Missisipi Valley Med J. 71: 13 – 21 Jan 49.

Vrettons, X.C., Wyke, B.D.: Articular Reflexogenic Systems in the Costovertebral Joints., In: Journal of Bone and Joint Surgery, 56-B (1979).

Wyke, B.D., Polecek, P.: Structural and Functional Characteristics of the Joint Receptor Apparatus. Acta Chir. Orhop. Traum. Cech. 40 (1973).

Wyke, B.D., Polecek, P.: Articular Neurology-The Present Position, In: Journal of Bone and Joint Surgery, 57-b (1975).

Wyke, B.D.: Neurological Mechanisms in the Experience of Pain. Acupuncture and Electro-Ther. Research. 4 (1979a).

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие	5
1. ОТКРЫТИЕ КОНТРСТРЕЙН	8
1.1. История открытия	8
Позиция освобождения от боли	8
Чувствительные к боли точки	9
Боль как результат перегрузки или следствие повреждения ткани?	10
Определение контрстрейн	11
Истории болезней	11
1.2. Концепция лечения	14
Повреждение или дисфункция	15
1.3. Доказательства и выводы	16
Работа Ирвина М. Корра, Ph.D.	16
Выводы, мои предположения	16
2. ФИЗИОЛОГИЯ	18
2.1. Физиология манипуляции	18
Анатомические структуры	18
Механорецепторы	18
Ноцицепторы	20
Иннервация суставной капсулы	20
Физиология мышц и неврологические связи	22
Характеристика типов мышц	22
Мышечное веретено	23
Функция мышечного веретена, альфа-гамма коактивирование	24
Ноцицептивная подача и мышечный тонус	27
2.2. Функция мышцы	30
Соматический модус и активность проприоцепторов	30
3. ПРАКТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ КОНТРСТРЕЙН	32
3.1. Позиция максимального освобождения от боли	32
Чувствительные к боли точки	33
Задние чувствительные точки	34
Передние чувствительные точки	34
Основные принципы лечения	35
3.2. Стрейн и контрстрейн как эффективные методы лечения мануальной медицины	36
Области применения	36
Комбинация с другими методами	38
Диагностика	38
3.3. Последовательность лечения	39
Основные принципы	39
Дополнительные факторы	39
3.4. Болезни, требующие лечения	41
Заболевания, указывающие на дисфункцию	41

3.5. Лечение с использованием контрстрейн	44
Реакции на лечение	44
Самолечение	44
Профилактическое растяжение	45
Оптимальная установка позиции наибольшей подвижности	46
Сопровождающие дисфункции	47
Облегчение или лечение	48
Восстановление силы	49
4. ТЕХНИКИ	50
Сокращения	50
4.1. Шейный отдел позвоночника	50
Общая часть	50
Задние чувствительные точки шейного отдела позвоночника	50
Передние чувствительные точки шейного отдела позвоночника	56
4.2. Грудной отдел позвоночника	60
Нахождение чувствительных к боли точек	60
Чувствительные точки на остистых отростках грудного отдела позвоночника	62
Задние чувствительные к боли точки грудного отдела позвоночника с явным отклонением в сторону остистых отростков	64
Латеральные задние чувствительные к боли точки грудного отдела позвоночника	65
Передние чувствительные точки торакса	66
4.3. Реберно-позвоночные суставы	72
Дисфункции	72
Повышенный уровень ребер	74
Пониженный уровень ребер	75
4.4. Суставы поясничного отдела позвоночника	77
Задние чувствительные точки поясничного отдела позвоночника	77
Передние чувствительные точки поясничного отдела позвоночника	81
4.5. Таз	84
Дисфункции	84
Дисфункции подвздошно-крестцовых суставов	86
Работа Маурисе Антонио Рамиреза, доктора остеопатии, Ph.D.	90
Дисфункции мускулатуры бедер	92
Задние чувствительные точки таза	96
4.6. Колено	99
Дисфункции	99
Крестовидные связки	102
Мениск и ишио-круральная мускулатура	103
4.7. Суставы стопы	108
Дисфункции	108
Голеностопный сустав	110
Лодыжка	112
Пяточная кость	115
4.8. Плечо, рука и кисть руки	122
Дисфункции	123

Локоть	132
Лучезапястный сустав	135
Суставы пальцев рук и большой палец	137
4.9. Краниофасциальные дисфункции	140
Краниальное движение	140
Затылок	145
Латеральный угол глазной щели	149
Подглазничная чувствительная точка	151
Височно-нижнечелюстной сустав	153
Тризм	155
Список литературы	156



Выпускающий редактор М. В. Тоскина
Технический редактор В. А. Никеенкова

Отпечатано в типографии издательства «Сударыня»
196128, Санкт-Петербург, Московский пр., 149 В, офис 320

Формат 60x84/8. Печать офсетная. Гарнитура «Ньютон».
Подписано к печати 18.07.2006. Печ. л. 20.

Важнейшие указания для пользователей:

Научные исследования и клинические опыты обуславливают непрерывный процесс познания в медицине. Издатель и авторы этой книги позаботились о том, чтобы использованные в ней рекомендации (особенно когда речь идет о показаниях к лечению, дозировании и о нежелательных эффектах) соответствовали современному состоянию науки. Тем не менее, это отнюдь не освобождает читателя данной книги от обязанности проверять с помощью прилагаемых к прописанным препаратам инструкций соответствие помещенных там указаний указаниям, находящимся в этой книге, и нести личную ответственность за применение этих препаратов.

Alle Rechte vorbehalten

1. Auflage, September 2001

© 2001 Urban & Fisher Verlag München - Jena

Никакая часть данной книги не может воспроизводиться или передаваться в любой форме или любыми средствами без письменного разрешения издателя.
Все права сохранены.

ISBN 5-87499-013-5

© Издательство «Сударыня»,
оригинал-макет, 2006

Американский остеопат Лоуренс Джонс благодаря своей концепции стрейн – контрстрейн («напряжение – противонапряжение» — англ.) внес существенный вклад в лечение суставных дисфункций. Это позволяет мягко и эффективно снимать острую и хроническую боль, исправлять неправильные положения, а также ограничения в движении путем пальпирования чувствительных к боли точек и приведения пострадавшего сустава в безболезненное состояние.

Оригинальное произведение «Стрейн – контрстрейн» всесторонне отражает принципы и применение этих эффективных для любой остеопатической концепции лечения методов:

- становление концепции стрейн – контрстрейн
- физиологические основы и патогенез суставных дисфункций
- общие принципы лечения и области применения
- точные указания для нахождения чувствительных к боли точек и о работе с ними в общей скелетно-мышечной системе с помощью иллюстраций

Стрейн – контрстрейн — это надежная и необходимая всем остеопатам концепция лечения.