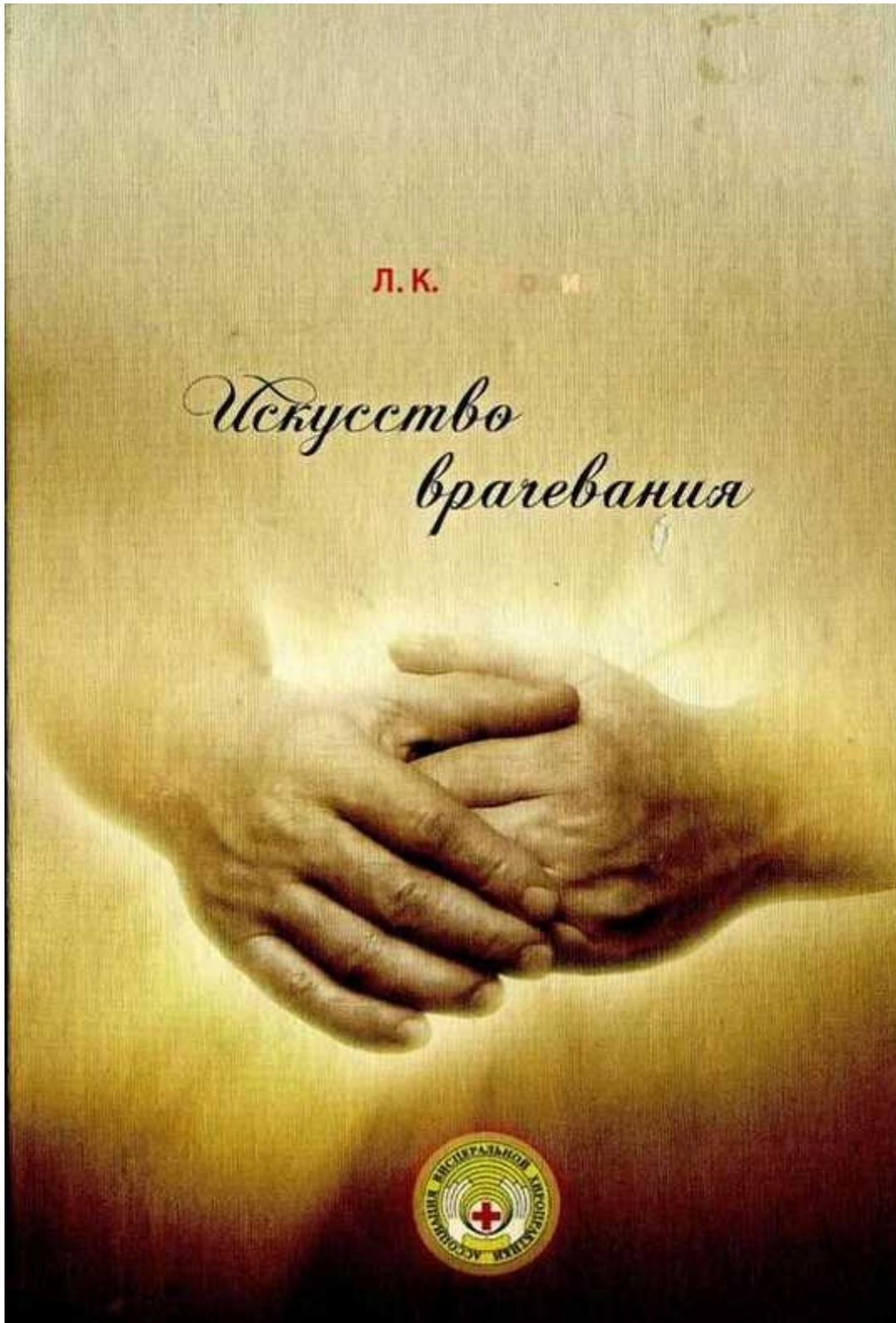


Леонид Кононович Розломий
Искусство врачевания



«Искусство врачевания»: Петербург — XXI век; Санкт-Петербург; 2007

ISBN 5-88485-143-1

Аннотация

На современном этапе развития медицины описаны практически все физиологические и патологические процессы в организме человека и определены средства и способы их устранения. Однако больные с острой стадией заболевания переходят в разряд хронических больных, хронические болезни имеют тенденцию к дальнейшему прогрессированию, а смертность продолжает расти.

В настоящей работе, используя многолетний практический опыт, автор предлагает оригинальные подходы к решению целого ряда медицинских проблем, а также раскрывает некоторые свои профессиональные секреты.

Книга адресована, прежде всего, тем, кто использует в своей практической лечебной работе интегративный подход: врачам, целителям, массажистам. Написанная доступным языком, она может представлять интерес и для рядового читателя. Только тандем: врач—больной может успешно противостоять болезни. Поэтому автор, знакомя с причинами заболеваний, методами их лечения и профилактики, надеется на активное участие читателя в борьбе за его собственное здоровье.

© Л.К. Розломий, 2007. © А.М. Портнов, оформление, 2007.
© А.М. Портнов, фотографии, 2007

Лучшим критерием истины является практика.

Л. К. Розломий

Искусство врачевания

Российская Ассоциация Висцеральной Хиропрактики

ОТ АВТОРА

По убеждению основателя отечественной Ассоциации висцеральной хиропрактики А. Огулова, придёт то время, когда приёмы висцеральной хиропрактики будут преподавать в высших медицинских учреждениях, и это приведёт к оказанию медицинских услуг более высокого качества. От себя хочу добавить, что и принципы и приёмы мануальной терапии также должны преподаваться не только в институтах, но и в училищах.

Решение написать книгу было принято мной по нескольким соображениям.

Во-первых, чтобы рассказать о собственном — тридцатилетнем — опыте практического применения мануальной терапии (МТ) при лечении разного рода недугов.

Во-вторых, чтобы расширить представление читателей, особенно врачей разных специальностей, о МТ как о терапии, охватывающей более широкий спектр и выходящей за рамки узкой специальности мануального терапевта.

Практический опыт строился на знаниях как классической, современной медицины, так и старой, народной, традиционной.

Основная цель данной книги в том, чтобы показать наличие различных патологических факторов, прямо или косвенно влияющих на здоровье человека, и предоставить алгоритмы комплексного лечения, которые позволят привести к максимальному результату.

Новый взгляд на этиологию и патогенез ряда заболеваний организма с точки зрения мануальной терапии предопределил иной подход к лечению больного, подтолкнул к созданию новых методик и убедил в необходимости выполнения лечебных приёмов в определённой последовательности с обязательной предварительной подготовкой.

В настоящей книге приведён ряд примеров того, как и каким образом врач, обладающий знаниями и практическими навыками МТ, может помочь пациенту, расширяя рамки своей профессии.

Такие разделы, как «Лимфатический насос», «Синдром холодных стоп», «Диагностика, лечение и профилактика сосудистой недостаточности головного мозга и тканей тела ортостатическим методом», «Методы релаксации и др.», значительно расширят возможности не только врачей-практиков, но и тех, кто занимается «телесной терапией».

В этой работе я старался показать важность комплексного подхода в лечении многих нозологических форм и возможность его реализации одним врачом в одном кабинете. Универсальный врач-терапевт, врач общей практики, семейный врач — как ни назовите, — обладающий многофункциональностью, будет привлекательнее любого «узкого специалиста».

Думаю, что не далёк тот день, когда всё это и будет характеризовать врача будущей формации.

По убеждению основателя отечественной Ассоциации висцеральной хиропрактики А. Огулова, придёт то время, когда приёмы висцеральной хиропрактики будут преподавать в высших медицинских учреждениях, и это приведёт не только к повышению квалификации врачей терапевтического профиля, но и к оказанию медицинских услуг более высокого качества. От себя хочу добавить, что и принципы, и приёмы мануальной терапии также должны преподаваться уже на уровне студенческой скамьи, и не только в институтах, но и в училищах. Хотелось бы, чтобы это время наступило как можно быстрее.

Если, прочитав эту книгу, мой коллега сможет вылечить пациента, помочь которому ранее он не мог, — буду считать свой труд не напрасным.

Если читатель, познакомившись с этим материалом, задумается о своём здоровье и поймёт, от чего оно зависит и каким образом его поддерживать, — буду счастлив.

С благодарностью приму все замечания и пожелания коллег.

ВВЕДЕНИЕ

Комплексный подход в лечении всегда эффективнее, чем любое моно-воздействие. Комплексный подход подразумевает воздействие на все звенья образовавшейся патологической цепи. Я глубоко убеждён, что эту работу может и должен выполнять один врач. Это удобно для пациента и позволяет врачу постоянно наблюдать динамику лечебного процесса.

Деятельность современной терапии опирается в основном на применение лекарственных средств. Сегодня список этих препаратов огромен и возрастает с каждым днём. Однако многие из этих лекарств агрессивны для организма человека и сами могут стать причиной патологических процессов в виде лекарственной болезни, аллергии, острой и хронической интоксикации и пр.

Большая часть лекарств создана искусственно и в живой природе не существует. Даже те лекарства, которые созданы по подобию веществ, находящихся в растительном или животном мире, не тождественны им, так как не являются натуральными. Приведу простой пример. Как только в Китае стали употреблять в пищу вместо обычного риса шлифованный, люди стали болеть болезнью Бери-Бери. В кожуре натурального рисового зерна есть уравнивающие и дополняющие вещества, а также необходимое количество тиамина для усвоения углеводов. Случаи заболевания прекратились с возвращением к употреблению традиционного риса.

Ухудшение экологической среды обитания, неустойчивость экономики и политики, чрезмерные стрессовые нагрузки приводят к снижению уровня здоровья людей и, как следствие, к увеличению применения лекарственных препаратов. Это находит отражение в сокращении продолжительности жизни, повышении смертности и снижении рождаемости. Появляются новые патогенные микроорганизмы, увеличивается количество хронических заболеваний, растёт число врождённых патологий у детей.

Одно из направлений современной медицины должно быть направлено на усовершенствование методов лечения с минимально-необходимым использованием аллопатических (химических) средств. Этот процесс наблюдается уже сегодня в виде востребованности в так называемой интегральной медицине. «Интегральный» — в переводе с латинского значит суммарный, объединяющий, цельный.

В 1996 году была издана книга М.И. Фомина "Интегральная медицина". В этой работе красной нитью проходит тема лечения не отдельно взятого органа, а организма в целом. Методика, предложенная М.И. Фоминым, построена в основном на аппаратном воздействии на организм человека. Она по-своему привлекательна, но, как и любая другая физиотерапия, к сожалению, лишена диагностической оценки и определения критерия разумной достаточности воздействия.

Поэтому остаётся высокая потребность в расширении диагностических средств, в поиске новых технологий, а также в дальнейшем развитии и совершенствовании старых, проверенных многолетним опытом, народных методов лечения, действующее начало которых является естественным, экологически чистым и контролируемым на лечебном сеансе.

Одним из прогрессивных методов лечения и профилактики является мануальная медицина (ММ). Её истоки уходят в тысячелетнее прошлое. Этот метод обладает достаточной простотой в применении и свойством непосредственного перехода от диагностики к лечению. Его можно отнести к экологически чистому методу терапии (здесь и далее экологически чистый

метод воздействия — тот, который не загрязняет организм синтетическими, химическими препаратами). К таким же методам можно отнести применяемые в лечебных целях физические свойства внешней среды, являющиеся частью живой природы (магнитное поле, электрическое и электростатическое поле, фито-, фото-, цвето-, аромо- и другие факторы).

Физические методы лечения с использованием лазерного и ультразвукового излучения наряду с применением синтетических химических препаратов являются факторами, губительно действующими на организм человека. Это связано с тем, что подавление рецепторного аппарата нервных клеток, а вместе с ним и болевого симптома не направлено на устранение причины, вызвавшей эти болевые импульсы. В последующем в тканях, подвергшихся этим видам воздействия, развиваются дегенеративные процессы.

Хочу подчеркнуть, что термин «экологически чистый» должен относиться и к рукам мануального терапевта. Врач, использующий свои руки как лечебный инструмент, должен быть здоровым человеком. Это необходимо для того, чтобы он не передавал пациенту информацию о своих болезнях, равно как и был невосприимчив к болезням больных.

В учебно-справочной литературе по ММ сегодня можно найти описание приёмов практически на все случаи жизни. Однако нет достаточно чёткого объяснения, по какой причине возникают и как развиваются патологические изменения в органах и тканях (опорно-двигательный аппарат, внутренние органы), в какой последовательности эти приёмы необходимо применять, и как проводить подготовительные мероприятия для получения максимально эффективного результата. Поэтому приходится наблюдать такую картину, когда больному от сеанса к сеансу коллеги по ММ проводят одни и те же приёмы. При этом осуществляется принцип симптоматической терапии. Болит шейный отдел позвоночника — приёмы проводятся только на нём, страдает поясничный отдел — лечению подвергается только этот отдел.

Во многом это объясняется строгими временными рамками. Ведь согласно приказу Минздрава России на лечение одного больного в кабинетах мануальной терапии при официальных учреждениях отводится чуть более 20 минут. А пациент должен раздеться, рассказать врачу о своих жалобах и анамнезе заболевания, врач должен заполнить необходимую документацию. На диагностические манипуляции и подготовительные приёмы для релаксации мышц времени не остаётся. Поэтому врач после непродолжительной подготовки приступает к выполнению лечебных манипуляций непосредственно в той области, на которую жалуется больной, что зачастую приводит к развитию постманипуляционных осложнений.

При применении МТ мной были опробованы приёмы в различной последовательности. С опытом нарабатывался определённый алгоритм последовательности лечебного воздействия. Наряду с этим решались и вопросы подготовки окружающих тканей перед каждым видом манипуляций.

Каждый больной индивидуален. Однако практический опыт лечения опорно-двигательного аппарата дал основание предположить наличие очерёдности (последовательности) проявлений клинических симптомов при развитии патологического процесса. Если отбросить случаи врожденных аномалий позвоночника (сосудов, нервов), посттравматических изменений тканей тела, то большинство оставшихся патологий выражало свою специфику с определённой закономерностью. Это позволило не только систематизировать нарушения, происходящие в костном, сухожильном, мышечном, кожном и

органном метамерах, но и выработать последовательность их устранения. Появилась возможность прогнозирования результата проводимых лечебных мероприятий. Часть приёмов позаимствована из имеющейся литературы, другая разработана мной самостоятельно.

Бывая в разных регионах России, я общался с коллегами по ММ, наблюдал их работу с пациентами. Сравнивая всё, что доводилось увидеть, со своим практическим опытом, я каждый раз убеждался в том, что моим коллегам не хватает цельного, интегрированного подхода, как в плане подготовки тканей к манипуляциям, так и в соблюдении последовательности исполнения самих приёмов ММ. А также в применении дополнительных методов и средств при одновременном лечении других органов и тканей, взаимосвязанных с патологией опорно-двигательного аппарата.

«До сих пор, во многих учебных заведениях изучение мануальной терапии сводится к овладению комплексом приёмов мануальной диагностики и терапии... — пишет Л. Васильева (1999 г.). Я бы добавил ещё одно слово — «лишь после слова «сводится. Одного только технически правильного исполнения приёма без понимания причины появления и распространения патологического процесса недостаточно, хотя и этого уже не мало.

«Сейчас насчитывается около 1000 приёмов ММ. Однако многие вопросы мануальной медицины по-прежнему недостаточно изучены и во многом дискуссионны (Л. Васильева, 1999 г.). Это мнение специалиста, практика высокого класса, прошедшего в свое время множество школ у передовых учёных мирового уровня. По моему мнению, причина лежит в отсутствии интегрированного подхода к решению целого ряда медицинских проблем. Вопросы патологии организма человека с позиции ММ рассматриваются без учёта взаимного влияния разного рода тканей друг на друга. В первую очередь это касается внутренних органов и кожных покровов, их взаимосвязанности или взаимозависимости между собой и с состоянием опорно-двигательного аппарата. Освещение взаимосвязанности этих тканей в медицинской литературе, по моему мнению, является всё ещё недостаточным. Своей книгой я хочу отчасти восполнить этот информационный дефицит.

Ткани организма человека отличаются друг от друга строением и функциональными особенностями. Для воздействия на них необходимо применение таких средств, как физические, химические, биологические и другие. Если сказать проще, то с каждой тканью надо «говорить на её родном языке. Например, одной из функций кожи является механическая защита организма от повреждающих факторов внешней среды. Поэтому при лечении кожи наиболее эффективными являются механические воздействия, такие как растирания, сминания, растягивания. Мышцы работают в режиме сокращений и расслаблений, то есть в вибрационном режиме. Следовательно, для того, чтобы восстановить нормальное физиологическое состояние мышц, необходимо применить к ним соответствующую по частоте вибрацию. Суставы осуществляют свою функцию посредством движения одних суставных поверхностей относительно других. Следовательно, лечебные мероприятия также должны заключаться в осуществлении движений в повреждённых суставах. Главная функция кости — опорная. Её строение отличается от строения других тканей тела. Поэтому на кость необходимо воздействовать с применением усилий, направленных на её скручивание. Это перечисление можно продолжить. Подход к любой ткани и органу должен быть дифференцированным и зависеть от её вида и функциональной особенности.

Практически во всех монографиях по теории и практике ММ авторы рассматривают приёмы диагностики и лечебного воздействия лишь в рамках поражения черепа, позвоночного столба и суставов конечностей. Это узкий подход к заболеванию, заключающийся в симптоматическом лечении. Согласно приказу Минздрава РФ, пройти специализацию в области ММ могут врачи всего лишь двух специальностей. Это неврологи и ортопеды. А как же быть терапевтам, гинекологам, урологам и другим специалистам?

Причинно-следственная связь многих заболеваний из области применения ММ неочевидна. Возьмём, к примеру, травму — разрыв мениска коленного сустава, — полученную при падении во время катания на горных лыжах. За время своей практики я пришёл к заключению, что зачастую различные ткани и органы находятся в состоянии своеобразной «готовности к травме. Это «состояние готовности возникает, как правило, при наличии у пациента функциональной и/или структурной патологии, причём нередко другой локализации. Например, напряжение тканей коленного сустава и нарушение их трофики может возникать вследствие дисбаланса между приводящими и отводящими мышцами бедра, или между сгибателями и разгибателями; хронического пиелонефрита и возникшей как следствие сколиотической осанки; психического заболевания с невротическим синдромом в виде повышения коленного и ахиллового рефлексов. Эти нарушения на момент травмы могут находиться в стадии ремиссии, однако «готовность к травмирующему фактору существует. Много людей катается на горных лыжах, многие падают, но лишь единицы получают такие травмы. И, как правило, всегда в процессе диагностики и лечения удаётся обнаружить предрасполагающую патологию.

Такая патология предполагает и соответствующий вариант лечения. Конечно, можно пойти по самому простому пути — направить пострадавшего на операцию для удаления повреждённого мениска. Обычно так и происходит.

Однако можно побороться за сохранение анатомических структур колена консервативным путём, не доводить больного до операции. Применить такие методы лечения, которые позволили бы сохранить естественную «прокладку — мениск, и тем самым физиологический статокINETический баланс тела. Для достижения этой цели помимо специфических методов лечения на повреждённом колене придётся параллельно применить весь комплекс мероприятий, направленных на:

- ♦ выяснение причины заболеваний внутренних органов (хр. пиелонефрит, патология органов брюшной полости и т. д.) и её устранение, коррекцию сколиотической осанки, изменяющей центр тяжести тела и перераспределяющей нагрузку между суставами нижних конечностей, в том числе и на пострадавшее колено;

- ♦ устранение дисбаланса между мышцами бедра наряду с диагностикой и лечением биологически связанных с ними органов и тканей. Например, прямая мышца бедра биологически связана с тонким кишечником, а fascia lata — с толстой кишкой. Состояние этих мышц сказывается на коленном суставе, создавая в нём элемент «преднапряжения, на основании которого при определённых ситуациях может возникнуть серьёзная травма;

- ♦ коррекцию нарушений обменных процессов в организме. Предварительно следует выяснить причину их возникновения. Устранив, например, потерю микроэлементов почками, тем самым можно повлиять на качество синовиальной жидкости в суставах, в том числе и в повреждённом колене;

♦ снятие психоэмоционального напряжения с ликвидацией патологических вегетативных реакций;

♦ терапевтическое лечение самих тканей пострадавшего колена методами, позволяющими, прежде всего, предотвратить гипериммунную реакцию тканей на повреждение, устранить сопутствующий отёк и создать условия для физиологических регенерационных процессов.

Все эти мероприятия, выполненные в представленном комплексе, приведут к положительному результату, который будет удовлетворять и пациента и врача.

Необходимо помнить, что хирургический путь решения такого рода проблем существует всегда. Им можно воспользоваться в любой момент, однако лучше это сделать тогда, когда все возможности консервативной терапии уже исчерпаны.

Практика показала, что комплексный подход в лечении всегда эффективнее, чем любое моно-воздействие, как бы качественно оно не выполнялось. Комплексный подход подразумевает под собой воздействие на все звенья образовавшейся патологической цепи. Я глубоко убежден, что эту работу может и должен вы- поднять один врач. Это удобно для пациента и позволяет врачу постоянно наблюдать динамику лечебного процесса.

Ведущим звеном в организации лечебного процесса является диагностика, с помощью которой можно определять степень разумной достаточности лечебного воздействия, так как бесконтрольное применение любого из его видов может негативно сказаться на состоянии больного.

По моему мнению, одним из эффективных методов диагностики является сканирование тела человека в диапазоне инфракрасного спектра излучения. Тепловизионный метод диагностики прост, неинвазивен и позволяет определить степень кровообращения в тканях на капиллярном уровне. В этом ему конкурентов нет. С помощью этого метода определяется не только наличие гипертермических (воспалённых) зон, но и гипотермических (участков с недостаточным уровнем кровообращения). На основании данных тепловизионной диагностики врач получает возможность проводить не общее, а целенаправленное лечебное воздействие, наблюдая на каждом последующем сеансе изменения в тканях.

ОТ МЕТОДА ДИАГНОСТИКИ К МЕТОДУ ЛЕЧЕНИЯ

Сотрясение костных и связочных структур приводило к вибрации, расширению капиллярной сети, снятию напряжения не только местного, но и общего. Процедуры проходили настолько легко и комфортно, что некоторые пациенты во время лечения засыпали. Некоторые водители «жаловались, что низкой становилась крыша их автомобиля, так они «подрастали на процедурах».

Однажды на приём пришел пациент, у которого почти полностью отсутствовал коленный рефлекс на одной ноге, а на другой он был значительно снижен. Выяснилось, что об этой патологии ему не раз говорили врачи-невропатологи, к которым он обращался на протяжении многих лет. Травм головного и спинного мозга у пациента в анамнезе не было, данные о повреждении нервных стволов также отсутствовали, а значит, не было серьёзных причин для беспокойства по поводу нарушения проведения нервных

импульсов. У данного пациента в анамнезе были лишь простуды и приступы радикулита, что, в конце концов, и могло проявиться в нарушении иннервации бедра и в изменении рефлексов.

Я стал стучать неврологическим молоточком по сухожилию, следуя заповеди «кто стучит, тому открывают. Процедура длилась несколько минут и завершилась без какого-либо изменения со стороны рефлекса. На следующий день я повторил то же самое с тем же результатом. После третьей процедуры пациент отметил, что в момент удара он чувствует сокращение мышц бедра, а к концу сеанса появилось растекающееся тепло сначала в бедре, а затем и в колене. Долгожданный рефлекс восстановился после семи сеансов. И интересно то, что рефлекс восстановился на обеих ногах, хотя я работал только с одной.

Что же произошло? В данном случае был осуществлен естественный переход от метода диагностики к методу лечения. Нанося раздражение достаточной силы (дозированное) на сухожилие,

я разрушил образовавшийся адаптивный процесс. Клетки коры головного мозга, благодаря поступающим с периферической зоны импульсам надпороговой величины, «вспомнили о своей управляющей роли и взяли эту зону под свой контроль, обеспечивая необходимую иннервацию и рефлекс.

Так же я поступал и в других случаях снижения сухожильных рефлексов, достигая результата без применения лекарственной терапии. Неврологическим молоточком, как инструментом не только диагностическим, но и лечебным, я пользовался при лечении позвоночника и окружающих его тканей. Всем известно, что остистые отростки позвонков лежат один над другим, как черепица на крыше. При патологии в позвоночнике некоторые позвонки «западают, а другие наоборот выступают относительно фронтальной плоскости. Для устранения этого дефекта существует множество приёмов от иглорефлексотерапии до специальных приёмов ММ. Изучая народную медицину, я не раз был свидетелем того, как целитель, уложив пациента на живот (кто на лавку, а кто через порог) и накрыв его спину войлочной тканью или ошпаренным берёзовым веником, обухом топора стучал по позвоночнику до тех пор, пока не исчезала боль в спине.

О подобном методе писал В. Гиляровский в книге «Москва и москвичи». Естественно, что поступать таким образом сегодня нельзя, но использовать аналогичный способ воздействия, как методический приём (после проведения соответствующей диагностики), можно.

В своей практике при отсутствии противопоказаний я применял этот приём достаточно часто. Вместо войлочного покрытия использовал планочку из дерева, а вместо топора — неврологический молоточек или кисть своей руки. Планочка укладывалась на область 3-х позвонков, и сверху молоточком по ней наносились дозированные удары. Сотрясение костных и связочных структур приводило к вибрации, расширению капиллярной сети, снятию напряжения не только местного, но и общего. Процедуры проходили настолько легко и комфортно, что некоторые пациенты во время лечения засыпали. Некоторые водители «жаловались, что низкой становилась крыша их автомобиля, так они «подрастали на процедурах. Все пациенты отмечали легкость в спине и изменение осанки. Постукивание молоточком по остистым отросткам позволяло мне достаточно точно выявить места поражения, а дальнейшее воздействие — добиться терапевтического эффекта.

Одним из эффективных способов лечения определенного рода патологий стало использование мною специально сшитых мешочков, наполненных

сыпучим материалом, весом от 200–300 граммов до 2,5–3 килограммов. При нанесении удара таким мешочком по телу возникала ударная волна, в результате которой вибрация проходила через все мягкие ткани и достигала надкостницы прежде, чем успевали сократиться поверхностные слои мышц. Другие методы не дают такого эффекта из-за невозможности проникновения физического фактора на всю глубину мягких тканей. Для специфической обработки стоп я использовал деревянные молоточки. Эти приспособления, каждое по-своему, облегчают работу врача, расширяя его технический арсенал.

Следующий пример связан с использованием неврологической иглоочки. На приём пришёл пациент с жалобами на потерю болевой чувствительности кожи в области таза и бёдер. Выкрутив из неврологического молоточка пятку с иглой, я стал проверять границы потери чувствительности и установил, что выявленная граница похожа на неровно скроенные трусы. Следуя тактике «от метода диагностики к методу лечения, я стал раздражать патологическую зону специальным валиком с иглами. Особое внимание я уделил зоне, находящейся на границе между чувствительными и нечувствительными участками кожи. Я считаю это ключевым моментом в достижении лечебного эффекта. При нанесении раздражения на границе этих двух зон делалась попытка восстановить чувствительность за счёт ответной реакции, получаемой от расположенной рядом здоровой зоны. На первом сеансе пациент практически не чувствовал наносимого раздражения в местах потерянной чувствительности. К концу второго сеанса пациент пожаловался, что ему «как-то не по себе. Боли не было, но иглы вызывали у него внутреннее беспокойство. Это давало мне надежду на успех лечения. Так и произошло. На третьем сеансе появилось жжение в местах раздражения. По окончании сеанса на коже появилась гиперемия, и пациент почувствовал местное тепло в поражённой зоне. С каждым последующим сеансом зона поражения уменьшалась, и к концу лечения чувствительность была полностью восстановлена.

Воздействие на начало рефлекторной дуги вызывало такое раздражение (по силе и времени его действия), что импульсы, распространяясь по прямым и коллатеральным аксонам, достигали клеток головного мозга и возбуждали их (или те клетки, которые впоследствии взяли на себя утраченную функцию поражённых), что привело к восстановлению утраченного рефлекса. Это положительным образом сказалось как на восстановлении иннервации кожных покровов, так и на их трофике.

В связи с тем, что каждый квадратный сантиметр кожи человека, так или иначе, связан с каким-либо органом или тканью тела, восстанавливая иннервацию с утраченных зон, мы, тем самым, решаем и задачи, связанные с восстановлением нормальной функциональной деятельности внутренних органов. В этом и проявляется основное правило рефлексотерапии — восстановление активности рефлекторной дуги (Э. Д. Тыкочинская, Ф. Г. Портнов, Е.Л. Мачарет).

Причины трофических язв также кроются в нарушении связей между клетками поражённого участка кожи, подлежащих тканей и клетками мозга. Если своевременно и правильно проводить лечение, когда ткани ещё позволяют применить к ним должное воздействие, можно добиться успешного разрешения данной патологии на раннем этапе её развития. Беда лишь в том, что, к сожалению, врачи ангиологи «забыли о роли невризма в такого рода патологии и по-прежнему отправляют таких больных на операцию. О том, как бороться с

патологией сосудов конечностей, более подробно рассказывается в соответствующей главе.

Следующим поводом для перехода «от диагностики к лечению может стать патология лёгких, выражающаяся в хроническом бронхите. Такого рода патология лёгких достаточно часто протекает при не установленной этиологии. Пациенты, как правило, предъявляют жалобы на периодически возникающие боли в грудной клетке, кашель с незначительной по количеству мокротой, затруднённое дыхание, а также на периодические боли в затылке и хронические запоры. Объём окружности экскурсии грудной клетки снижен до 2-х и менее сантиметров. Бактериологическое исследование мокроты не подтверждает наличие инфекционного начала, рентгенологическое исследование не даёт данных, указывающих на наличие опухолевых и других изменений, анализ крови также не выявляет наличие острого воспалительного процесса. Из всех исследований только тепловизионная диагностика может показать участки со сниженной температурой, подтверждая наличие застойных явлений в лёгких.

При обследовании мной применялся приём пальцевой перкуссии лёгких, для выявления участков с притуплённым звуком. Тепловизионное исследование выявляло снижение температуры тканей над поражёнными зонами лёгких.

Затем следовал другой диагностический приём. Он заключался в нанесении более сильного удара. Удар наносился кулаком по тыльной стороне кисти, лежащей на грудной клетке. Достаточно часто при выполнении этого приёма выявлялись болевые зоны. Как правило, они соответствовали тем участкам, которые при первом исследовании давали притуплённый звук, соответствовавший очаговой отёчности лёгочной ткани.

Таким образом, перкуторные и тепловизионные исследования давали повод сделать заключение о наличии застойных очагов в лёгочной ткани и бронхах, образовавшихся от перенесённых ранее заболеваний, подтверждаемых анамнезом. Оставалось только выяснить: как освободить однажды пострадавшие лёгкие от слизистых пробок и ненужной мокроты? Лечение заключалось в продолжении перкуссии застойных мест с помощью ударов, наносимых полусжатой кистью. Сила нанесения удара была соотнесена с самочувствием пациента и его болевой реакцией. Через некоторое время пациент чувствовал облегчение дыхания и расплывающееся по грудной клетке тепло. Во время процедуры у пациента возникали приступы кашля, вначале сухого, а затем и с отхождением мокроты. На процедуре этим процессом можно было управлять, меняя силу и место приложения воздействия, чтобы добиваться усиления кашля и выделения секрета из бронхов.

У некоторых пациентов в ночное время открывался кашель с отхождением достаточно большого количества мокроты, а около 5 утра — усиленное потоотделение. После ночного приступа наступало значительное улучшение. После нескольких процедур дыхание становилось совершенно свободным, экскурсия грудной клетки увеличилась до 4-х и более сантиметров, аускультативные звуки соответствовали норме.

После устранения застойных явлений в лёгких я приступал к снятию блоков с поперечно-рёберных сочленений и спазмов межрёберных мышц, чтобы ликвидировать все звенья патологической цепи.

Можно достаточно чётко представить себе, с чего обычно начинается подобная болезнь и как она продолжается. Патологический процесс начинается, как правило, с острого респираторного заболевания, оно протекает с

повышенной температурой и кашлем. Участковый врач назначает антибиотики, витамины и средства, подавляющие кашель. Антибиотики резко снижают иммунитет, делая организм беспомощным перед патогенными микробами и грибами. Противокашлевые препараты блокируют выброс мокроты и естественную очистку лёгких. В результате заболевание из острой формы переходит в хроническую стадию. Пациент рассказывал мне, как на протяжении длительного времени чувствовал, что лёгкие его «заложены и дышать тяжело». Кашель то усиливался, то затихал. Лекарства облегчения не приносили, болезнь продолжалась.

Мне удалось разрушить хронический процесс. Конкретное сотрясение лёгочной ткани в застойном очаге создало усиление местного кровообращения, разжижения скопившейся слизи, активизировалось движение реснитчатого эпителия бронхиол и бронхов.

Для достижения более полного эффекта я использовал дополнительно фитотерапию, направленную на повышенное выведение мокроты, физиотерапию на область надпочечников, для увеличения выработки ими глюкокортикоидов (кортизол) с целью разжижения мокроты в бронхах, через сочетанное выделение простоциклина. Последний представляет собой специфический белок, количество которого зависит от концентрации глюкокортикоидов в крови. Простоциклин разжижает бронхиальный секрет и делает кровь в лёгких более жидкой. Поэтому, патологическое состояние надпочечников напрямую связано с процессами, развивающимися в лёгких, например, с астматическим компонентом. В подобных случаях разумно использовать магнито-импульсную терапию над проекцией бронхиального дерева, как эффективное средство активации реснитчатого эпителия и механического выведения мокроты из лёгких.

Приятно сознавать, что я не одинок в своём подходе к такому методу ликвидации патологического очага.

Метод висцеральной хиропрактики, предложенный А. Огуловым, также основан на прямой диагностике с немедленным переходом к лечению. Если при проведении диагностического приёма Пастернацкого выявляется боль, Огулов предлагает продолжить простукивание над выявленной зоной до тех пор, пока не появится тепло и боль не исчезнет.

Автор метода «БЭСТ Е. Зуев и его ученик и последователь А. Минченков предложили свой метод телесного программирования, в котором также используется переход от диагностики к лечению. Исследуя болезненность двух симметричных зон, врач определяет наиболее проблемную, с которой непосредственно начинает работать. Боль с этой зоны иррадирует в другое место, которое также подлежит лечению. Эта болевая цепочка может быть короткой, а может охватывать все тело. Процесс лечения заканчивается тогда, когда будут пройдены все звенья патологической цепи!

К сожалению, этот метод времяёмкий и на его выполнение уходит до 1,5—2-х часов, но получаемый результат того стоит.

Эти методы конкретны, просты и не требуют применения лекарств.

Многолетние собственные наблюдения с применением тепло- визионного метода исследования позволяют мне сделать вывод, что очаги аутоиммунных процессов самостоятельно не исчезают и убрать их можно методом криотерапии, через разрушение механизмов адаптации.

Теперь посмотрим, какую роль этот феномен адаптации может играть в некоторых лечебных процессах.

В физиотерапии используются различные виды воздействия. Например, приборы, вырабатывающие электрические импульсы: «Миоритм», «Амплипульс», ТЭС (транскраниальная электростимуляция) и др. Медсестра, установив электроды, подаёт напряжение до ощущения покалывания на пороговом или надпороговом (болевым) уровне. Но через несколько минут эти ощущения исчезают. Почему это происходит? Что заставляет мозг блокировать проведение импульсов в сенсорные центры коры? Из-за чего наступает адаптация и надо ли увеличивать напряжение?

В данном случае наступает привыкание рецепторов, как периферического, так и центрального звена рефлекторной дуги, что является синонимом адаптации. Импульсы, идущие с электродов, имеют такую жёсткую структуру, которая является неприемлемой для головного мозга. В результате, мозг, пытаясь защититься от этих импульсов, отключает чувствительные рецепторы и выделяет особые медиаторы — эндорфины и эндкефалины, которые купируют боль, повышая болевой порог. Сестра, подойдя к больному, снова и снова повышает напряжение, следуя инструкции. Таким образом, осуществляется своеобразное насилие над мозгом, над природой тела.

Устранение боли за счёт реакции мозга, направленной на увеличение выработки эндорфинов и повышение болевого порога, выдаётся за излечение, в то время как причина остаётся не устранённой. Применение изо дня в день этих и других приборов, равно как и аллопатических препаратов аналогичного действия, приводит к тому, что больной организм привыкает к однообразным видам раздражения, качество его реакции снижается, и наступает адаптация к ним. Порой, после 5–7 сеансов физиотерапии у пациентов появлялось обострение болезни, хотя в начале лечения была достигнута положительная динамика.

Основная причина этого кроется в том, что физиотерапевтические средства используются без соблюдения принципа разумной достаточности воздействия. Отсутствует лабораторный контроль эффективности проводимых мероприятий.

На мой взгляд, некоторые физиотерапевтические аппараты вредны, так как вызывают деструкцию чувствительных нервных рецепторов.

Такие аппараты, как ДЭНАС, ТИНАР, СКЭНАР работают по тому же принципу, снимая болевые симптомы. Среди подобного рода аппаратов СКЭНАР занимает особое место за счёт способности моделировать импульсы, похожие на импульсы головного мозга, и часто необходим для лечения некоторых патологий. Например, при травме нервных стволов или при невротических состояниях внутренних органов этот прибор оказывает лечебный эффект. Однако, аннотация к этому прибору вызывает удивление. Если верить ей, СКЭНАРу подвластно любое заболевание.

Хочу подчеркнуть, что применение чрезкожных электростимуляторов, даже такого, как СКЭНАР — это, прежде всего, монотерапия. Вылечить все болезни с помощью только электрического импульса невозможно.

Я не отрицаю необходимости использования электричества в лечении. Однако, насколько оно специфично само по себе, настолько специфично должно быть и его применение.

Массаж, мануальная терапия, хиропрактика и другие виды ручного воздействия также могут стать причиной неэффективного лечения или срыва физиологических процессов. Одни и те же приёмы массажа, мануальной терапии, повторяемые из сеанса в сеанс, могут приводить к ослаблению терапевтического эффекта из-за адаптации тканей к однообразному воздействию. Ошибка общего массажа заключается в том, что воздействие на ткани тела осуществляется методом «навала». Одновременно обрабатывается всё тело и все группы мышц, без конкретного учёта их состояния на момент проведения процедуры. Мозг пациента, как основной центр физиологического контроля, не может реагировать на все виды воздействия, включающие в себя одновременно расслабляющие и стимулирующие приёмы. Отсюда и отсутствие должного эффекта.

Замечательно работают с телом слепые массажисты, у них есть чему поучиться. Потому что они «видят пальцами».

По моему мнению, недостаток информации, знаний и опыта приводит к однообразному виду воздействия. Как этого избежать? Надо расширить арсенал применяемых средств.

Многие методы лечебного воздействия основаны на принципе рефлекторного ответа на раздражение. Повторение раздражения по месту, времени и силе вызывает такое состояние нервной системы, которое можно охарактеризовать как «утомление, привыкание».

Большинство болезней протекает на фоне адаптации. Суть этого процесса легко понять на простом опыте. Стоит положить ладонь на неровную, шероховатую поверхность и подержать её несколько секунд неподвижно, как наступает привыкание (адаптация) и фактура поверхности под ладонью уже не ощущается. Но как только ладонь придёт в движение, импульсы сразу вернут утраченное ощущение.

Процесс снятия патологической адаптации в принципе схож с приведённым примером. В самом начале патологического процесса импульсы из болевого очага достигают структур мозга, и он, реагируя на них, запускает механизм воспаления. На удалении разрушенных клеток, белковых молекул и других частей клеток организм мобилизует иммунные клетки крови, активность которых требует повышения местной или общей температуры тела выше 37,2 °С. Это воспаление асептическое, не микробное, и представляет собой саногенетическую реакцию в виде локального аутоиммунного процесса. Оно сопровождается местным повышением температуры тканей, порой до 39–40 °С (собственное наблюдение, подтверждённое инструментальными исследованиями), увлажнением и припухлостью. Спустя некоторое время, постоянно поступающие в мозг импульсы истощают рефлекторную дугу, и наступает адаптация к раздражению. Мозг уже «не видит патологии, она существует и прогрессирует самостоятельно, не управляемая. Болевые ощущения могут притупиться или совсем исчезнуть, в то время как патологический процесс продолжает существовать. Единственным выходом из этого состояния является осуществление принципа разадаптации.

ПРОВОКАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ВОЗДЕЙСТВИЯ

Нередко в своей практике я предлагал пациентам использовать стрессовый эффект холодого метода при первых симптомах простудных

заболеваний. Залповый выброс адреналина усиливает ответную реакцию организма и болезнь протекает без осложнений и скоротечно.

Применяя данный метод провокации, необходимо помнить, что процедура погружения в холодную воду должна быть, как стресс — в лечебном его применении, не многократной. Лекарство от яда отличается дозой. Частое применение данного вида воздействия может привести к негативным последствиям.

В лечебной практике мне не раз приходилось сталкиваться с таким феноменом, как «трудный пациент. Несмотря на наличие полного и верифицированного диагноза, применение самых современных и эффективных лечебных средств, патологический процесс у такого пациента протекает всё же без видимой положительной динамики. По-моему мнению, такую ситуацию можно объяснить слабой реакцией организма на проводимое лечение, или полным её отсутствием.

Причиной может служить ограничение или блокада регуляции основных систем организма, поддерживающих гомеостаз, что может быть связано:

- ◆ с наличием хронического дегенеративного заболевания, сопровождающегося истощением резервных и адаптационных возможностей организма;

- ◆ с нарушением общего питания, что приводит к нарушению углеводного обмена и симптомам, связанным с «закислением организма»;

- ◆ с длительным использованием стероидных и цитостатических препаратов, снотворных средств, транквилизаторов, нейролептиков, адrenoблокаторов, противоболевых и наркотических средств;

- ◆ с блокадой рецепторного аппарата нервных клеток и миелиновых оболочек проводящих путей экологическими ядами, продуктами жизнедеятельности патогенных микроорганизмов и другими токсинами;

- ◆ с аллергическими реакциями различного генеза;

- ◆ с сильными геопатогенными или электромагнитными воздействиями, которым может подвергаться пациент, как во время сна, так и на рабочем месте;

- ◆ с наличием функциональных блоков позвоночного столба и черепа.

Для преодоления подобных блокад в регуляционных системах организма я использовал провокационные методы, которые позволяли обострить болезнь, а также изменить активность определённых мозговых структур и взаимосвязанных с ними органов и тканей. Эти методы, разрушая устоявшуюся патологическую адаптацию, приводили регулирующие системы организма в движение. На фоне обострения мне удавалось эффективнее справляться с болезнью.

Подобный принцип существует и в гомеопатии, где лечение осуществляется через обострение основного процесса.

Провокационные методы:

1. Использование пробы Штанге — задержка дыхания на 15–30 секунд и более.

Задержка дыхания создаёт в организме дефицит кислорода и накопление углекислоты, что приводит к возбуждению специфических структур головного мозга. Всё «внимание коры головного мозга больного переключается на лёгкие, и они на некоторое время становятся доминантными. Раздражение рецепторов в лёгких через невральные связи приводит к активизации соответствующих

рефлексогенных зон, расположенных на теле пациента. Поэтому, воздействие на стопу, ладонь, ушную раковину, соподчинённую мышцу и на другие части тела или органы, проекционно связанные с лёгкими, становится более эффективным.

Этот приём может быть использован для контроля над динамикой лечебного процесса, и по методу исполнения близок к дыхательной гимнастике К. Бутейко.

Проводимая мной проба Штанге, как правило, провоцировала появление или усиление кашля у пациентов с хронической патологией лёгких. Я рассматриваю это как проявление естественной реакции самоочищения организма. Если кашель был сухим, без мокроты, или мокрота была густая, вязкая, и её отхождение было затруднено, я старался перевести его во влажный с обильным выделением мокроты. Это достигалось путём применения физиотерапии в виде специфических растираний кожных покровов над проекцией лёгких, использования вакуума, вибрации, д'Арсонваля, магнитоимпульсного воздействия и других технических средств. Кроме того, применялись фитотерапия, гирудотерапия, рефлексотерапия, мануальная терапия и висцеральная хиропрактика. После восстановления нормального дренажа бронхиального дерева кашель прекращался, и наступало выздоровление.

Проба с задержкой дыхания должна проводится до тех пор, пока не наступит терапевтический эффект. В дальнейшем она может стать для пациента способом тренировки для поддержания должного объёма жизненной ёмкости лёгких. Дополнительный материал о лечении лёгких представлен в главе, посвященной внутренним органам.

2. Использование ортостатической пробы.

Резкий перевод тела пациента из горизонтального положения в вертикальное приводит к изменению артериального давления и частоты сердечных сокращений.

Эффект от этого воздействия использовался мной для стимуляции сердечно-сосудистой системы и надпочечников. Метод осуществляется с использованием специального стола, позволяющего попеременно опускать то ножной, то головной конец. Измеряя при этом у пациента пульс, артериальное давление и проводя кардио- и энцефалограмму до и после проведения ортостатической пробы, можно определить физиологическое состояние систем организма.

В лечебной практике я применял два варианта этого метода. Первый — более мягкий, предусматривающий переход из горизонтального положения в положение с приподнятым головным и опущенным ножным концами. Он более подходит для реабилитации тяжёлых больных, прошедших значительное время в горизонтальном положении, и может рассматриваться как эффективный способ восстановления утраченных функций.

Второй вариант — более интенсивный для пациента, когда он перемещается из горизонтального положения в положение с приподнятыми ногами и опущенной головой. При этом сосуды верхней части туловища, а особенно головы, подвергаются значительному механическому воздействию вследствие гравитационного давления притекающей к ним крови.

Иногда я модифицировал этот вариант. Для устранения выявленной асимметрии артериального давления в сосудах правой и левой половин тела я

проводил пробу с изменением положения, предварительно пережав манжетой сосуды плеча и бедра на той стороне, где хотел добиться большего «раздражающего эффекта». Лечебное воздействие было основано на перераспределении крови и дополнительном раскрытии капиллярной сети той конечности, которая подвергалась временной ишемии. В результате расширение сосудов приводило к выравниванию артериального давления в левой и правой половинах тела и устранению патологических симптомов.

3. Использование пробы Ашнера,

основанной на стимуляции блуждающего нерва путём надавливания большими пальцами рук на глазные яблоки пациента в течение 10–15 сек. При этом происходят эффекты активизации парасимпатической нервной системы. Это выражается в учащении ритма сердечных сокращений, угнетении секреторной активности желез внутренней секреции и слизистых оболочек.

Известно, что при раздражении блуждающего нерва отмечается целый ряд эффектов по типу парасимпатикотоний.

Эту пробу я успешно применял в тех случаях, когда блуждающий нерв и нервные ганглии, которые он образует, теряли свою активность, а потому не удавалось добиться быстрого и полноценного лечебного результата.

Так, например, при избыточной функции щитовидной железы стимуляция, проводимая мной, и последующее воздействие на точки выхода тройничного нерва, ядра которого расположены рядом с ядром блуждающего нерва, приводили к рефлекторному снижению активности щитовидной железы. Комплексная терапия с применением специфических приёмов ММ, фитотерапии и гомеопатии снимала необходимость назначения «Мерказолила» на ранних этапах развития этой патологии, так как естественным образом нормализовалась деятельность самой железы. Лечение было направлено не на следствие, а на причину заболевания.

Другой пример связан с явлениями бронхоспазма в лёгких, похожими на бронхиальную астму по клинике и течению. Раздражение блуждающего нерва приводит не только к рефлекторному спазму бронхов, но и к угнетению функции надпочечников, проявляющемуся в снижении количества глюкокортикоидов. Снижение количества последних сказывается на уменьшении выработки простогландина в лёгких. В результате секрет в бронхах и бронхиолах делается вязким и разжижение крови в сосудах лёгочной ткани не достигает необходимого уровня. Дыхание становится затруднённым, жёстким, с проявлением астматического компонента.

Метод воздействия, основанный на пробе Ашнера, осуществлялся мной в сочетании с применением аппарата СКЭНАР. Электрические импульсы, идущие с электродов, установленных на верхние веки, активизировали блуждающий нерв через третью пару черепномозговых нервов, снимали установившуюся адаптацию, в результате чего организм пациента начинал адекватно реагировать на лечение. Дальнейшая задача сводилась либо к усилению протекающих реакций до определённых пределов, либо к их немедленному устранению, если они не соответствовали процессу лечения.

4. Использование холода, как фактора раздражения.

Провокационная холодовая проба наиболее эффективна при недостаточной активности коры надпочечников, симпато-адреналовых кризах, а также при гипофункции других гормональных органов. Её эффект основан на резком перепаде температур, воздействующих на покровные ткани тела. Если тело человека или его конечность погрузить в воду с температурой $8 - 10 (\pm 2)^\circ \text{C}$ на 5–6 секунд, то вследствие контрастного изменения температуры произойдёт спазм поверхностных сосудов кожи. При этом увеличивается поток импульсов, идущих по афферентным волокнам в мозг, из которого затем потоки управляющих сигналов поступают по эфферентным волокнам в различные органы и ткани. В результате такого стрессового воздействия надпочечники выбрасывают в кровь большое количество катехоламинов, которые, в свою очередь, вызывают стимуляцию других эндокринных желез. В самой коже также имеется достаточное количество различных медиаторов, и при её раздражении они попадают в русло крови в больших количествах, помогая разрушению адаптационных механизмов.

Таким образом, организм получает мощный стимулирующий толчок, который приводит к срыву существующей патологической адаптации.

Применение на фоне стимуляции эндокринной системы других лечебных средств позволяло мне получать терапевтический эффект при недостаточности эндокринных желёз, избавляя пациента от необходимости использования гормональных препаратов.

Залповое воздействие холодной воды может оказывать и механическое воздействие. При контакте её с кожными покровами в последних происходит резкое сужение сосудов всех видов. Кровь выжимается внутрь тела. Затем, после 10—15-минутной паузы сосуды расширяются, и кровь вновь заполняет их. Расширение сосудов происходит более значительно, по сравнению с их исходным состоянием, кожа краснеет и теплеет. Это означает, что вегетативная нервная система приходит в возбуждение. Перемещение значительной массы крови благотворно сказывается как на состоянии кожных покровов, так и на внутренних органах, улучшая их трофику за счёт выноса из тканей недоокисленных продуктов и активации притока питательных веществ.

Для выполнения этого метода воздействия предпочтительней полное погружение тела в воду, например, в ванну или в бассейн (может быть, в открытый водоём, прорубь). При обливании тела из ведра эффект будет менее выражен, так как не будет одномоментного воздействия на всю поверхность кожи.

Не следует путать холодовую пробу с закаливанием. Последнее представляет собой чередование предварительного разогрева кожных покровов с последующим их охлаждением, которое заключается не в обливании тела холодной водой (шоковое раздражение), а в более мягком воздействии — принятии «воздушных ванн соответствующей температуры».

Процесс снятия патологической адаптации в организме напоминает движение тяжеловесного железнодорожного состава. Чтобы сдвинуть его с места, локомотиву требуются толчки, как вперёд, так и назад. Далее, подхватив поступательное движение вагонов, локомотив начинает тянуть за собой состав, постепенно набирая скорость. Так и в нашем случае, при имеющейся эндокринной недостаточности, такое раскачивание с помощью холодового раздражения даёт дополнительную возможность воздействовать на гормональные органы, ткани и клетки.

Адаптированная к гипофункции эндокринная система, теряя своё равновесие, приходит в движение. При этом повышается эффективность лечебного воздействия на её составные части, с учётом первопричины патологического процесса.

Нередко в своей практике я предлагал пациентам использовать стрессовый эффект холодного метода при первых симптомах простудных заболеваний. Залповый выброс адреналина усиливает ответную реакцию организма на внедрение болезнетворного начала и болезнь протекает в рамках физиологических процессов, без осложнений и скоротечно.

Применяя данный метод провокации, необходимо помнить, что процедура погружения в холодную воду должна быть, как стресс — в лечебном его применении, не многократной. Лекарство от яда отличается дозой. Частое применение данного вида воздействия может привести к негативным последствиям. Среди «моржей долгожителей единицы. Вот почему я не являюсь поклонником «моржевания. Хотя готов понять тех людей, которые в нём пытаются найти выход из того стрессового состояния, в которое они попали. Подобное тянется к подобному. При наличии симптомов, накопленных от постоянных психо-эмоциональных стрессов, интуитивная потребность в устранении проблем приводит некоторых людей к поиску такого раздражителя, каким является холодная вода. Тогда как здоровым людям этот вид раздражения, как стресс, совсем не нужен. Больные, прибегающие к такому виду воздействия, по всей вероятности, либо не знают об этом, либо не имеют возможности получить другую, более квалифицированную и эффективную помощь.

5. Использование ультрафиолетового излучения, как раздражающего фактора для снятия адаптационных механизмов, возникших в кожных покровах.

Ультрафиолетовое излучение в эритемной дозе вызывает появление ряда гуморальных факторов, активизирующих лимфоциты и полинуклеарные лейкоциты крови. Таким образом, достигается противовоспалительный эффект.

При вялотекущей рецидивирующей пневмонии или бронхите после одного-двух сеансов УФО наблюдается повышение общей реактивности организма. Это проявляется в усилении кашля с отхождением мокроты, потоотделении и в новом повышении температуры тела. Таким образом, включаются механизмы очистки организма от накопившихся продуктов метаболизма и шлаков. Конечным результатом будет ослабление воспалительных процессов и восстановление нормальной функциональной деятельности органа.

Воздействие ультрафиолета на адрено- и холинорецепторы приводит к реакциям и последующим изменениям:

- ♦ в системе сосудов, важнейшим свойством которой является способность сосудов реагировать на различные раздражители;

- ♦ в гуморально-клеточной защите (бактерицидность лейкоцитов и лимфоцитов);

- ♦ в течении анаболических и катаболических процессов. Они происходят в тканях тела одновременно, и сдвиг в ту или иную сторону сказывается на электропотенциале крови, вызывая количественное и качественное изменение клеток крови и СОЭ. Среди всех провоцирующих физических факторов я отдаю предпочтение эритемной дозе УФО, так как изменения в органах, особенно в лёгких, наступают достаточно быстро.

Для достижения необходимого эффекта я использовал модификацию этого физиотерапевтического метода. В начале я специальными массажными

приёмами «сухим способом раздражал кожные покровы над проекцией лёгких, добиваясь стойкого расширения поверхностных капилляров. Затем, используя аппараты типа «Ультратон, воздействовал на подготовленные кожные покровы. Кислород крови с помощью ультрафиолета расщепляется до озона, который обладает большими окислительными свойствами, чем и обуславливается лечебный эффект.

ДИАФРАГМЫ ТЕЛА

Диафрагма тела подобна плотине. В одном случае при поломке шлюзов нет возможности сбросить накопившуюся воду, а в другом — появление бреши в основании поводит к её последующему разрушению. В диафрагме избыточное напряжение тканей может приводить к сдавливанию внутренних органов и ущемлению проходящих через них сосудов, ослабление может стать причиной появления диафрагмальных грыж.

В организме человека с анатомической точки зрения можно выделить ряд диафрагм — тазовая, грудобрюшная, подключичная, подчелюстная и намёт мозжечка. Каждая диафрагма может иметь как самостоятельную патологию, так и быть отдельным звеном в патологической цепи болезни. В связи с тем, что нарушения в области диафрагм, как правило, носят сочетанный характер, я старался исследовать физическое состояние всех диафрагм независимо оттого, имелись жалобы у пациента на них или нет.

Достаточно часто при пальпаторном исследовании диафрагм я находил болезненные уплотнения, о существовании которых сами больные не подозревали. Интересен тот факт, что эти уплотнения определяются исключительно пальпаторно, никакой другой вид диагностики их не регистрирует. Информации поданной теме недостаточно, поэтому моя задача в этой работе — показать разнообразие клинических проявлений патологии, а также при- чинно-следственные связи, как в структуре самих диафрагм, так и во внутренних органах, непосредственно прилегающих к ним.

ДИАФРАГМА ТАЗА

Дисфункции в области тазовой диафрагмы сопровождаются ощущениями тяжести, скованности и болью в тазовом поясе (внутренние органы, мышцы, связки, суставы и сочленения). К характерным симптомам можно отнести пастозность мягких тканей таза, застойные явления в области ягодичных мышц, напряжение паховых связок и тугоподвижность суставов.

В большинстве патологий таза ягодичные мышцы и поверхностные ткани, расположенные над ними, имеют сниженную температуру, что подтверждается тепловизионным исследованием. Температура кожного покрова и подлежащих тканей, как правило, на 5–7 градусов ниже, чем в других участках тела. Рефлексотерапевты сказали бы, что это выраженное состояние ИНЬ. Странно, что никто не обращает внимания на этот феномен, ягодичная область заслуживает самого тщательного исследования.

Кожная складка в зоне ягодиц при патологии таза берется с трудом и чрезвычайно болезненна. Ткани в области тазобедренного сустава отёчные (т. н. «галифе») со следами фиброза в подкожном слое, наличием лимфостаза и отложением недоокисленных продуктов, в том числе и жиров.

Большая ягодичная мышца взаимосвязана с областью верхнешейного отдела позвоночника и патология в указанной мышце сказывается на состоянии этого отдела (собственное наблюдение). При хроническом напряжении больших ягодичных мышц рефлекторно напрягается группа подзатылочных мышц, формируя гиперлордоз в шейном отделе позвоночника. Поэтому так трудно добиться положительного эффекта, если не учитывать этот фактор в процессе лечения.

Напряжение грушевидной мышцы и паховых связок приводит к частичному ущемлению нервов и сосудов бедра, формируя как типичные, так и атипичные корешковые (туннельные) синдромы.

Наряду с ягодичными, грушевидными и пояснично-подвздошными мышцами, большую роль в состоянии тазовой диафрагмы играет илиотибиальный тракт и четырёхглавая мышца бедра. При их дисфункции происходит элевация таза, и, как следствие, напряжение мышц и связок в области диафрагмы.

Застойные явления в области малого таза вызывают патологические изменения во внутренних органах, сопровождающиеся падением местного тканевого иммунитета и развитием инфекционных и других заболеваний. В «холодных тканях» антибиотики не работают, ввиду их малой концентрации из-за недостаточного уровня кровообращения, а иммунные клетки крови при сниженной температуре тканей не проявляют свою биологическую активность, в связи с чем лечение так называемых «скрытых инфекций», несмотря на применение современных антибиотиков, не даёт результата.

В этих случаях я применял комплексную терапию. Прежде всего старался основное внимание уделить воздействиям, направленным на восстановление температуры тканей и раскрытие сосудистой капиллярной сети, обеспечивая, тем самым, доставку лекарственных средств ко всем клеткам тела и активизируя иммунные тела.

Следующим звеном в патологии тазовой диафрагмы являются мышцы и связки между копчиком, крестцом и подвздошными костями. Изменение тонуса мышц и связок в области дна таза может приводить к изменению положения органов, расположенных в непосредственной близости (мочевой пузырь, матка и её придатки, предстательная железа, прямая кишка).

Наиболее вероятными причинами, вызывающими нарушения в тазовой диафрагме, являются: смещение тазовых костей при падении; растяжение мышц и связок при подъёме тяжести; операционные вмешательства (операции на брюшной полости, аборт); инфекционные заболевания мочеполовых органов, завершающиеся спаечными процессами; патология кишечника (особенно его нижнего отдела), сопровождающаяся запорами; длительный кашель с элементом натуживания; переохлаждение и др.

Патология тазовой диафрагмы может приводить к сосудистым нарушениям и, соответственно, к нарушению трофики тканей, в том числе, соединительной (А. Алексеев, 1999 г.). В результате чего возникают грыжи, варикоцеле и пр.

Диагностика в области тазовой диафрагмы осуществляется при помощи мануального исследования. Путём плавного и дозированного нажатия большими пальцами рук тестированию подлежат внутренние органы, прилегающие к диафрагме. Исследуются также мышцы и связки таза, включая места их прикреплений. Это позволяет оценить состояние тканей, их подвижность, консистенцию, напряжённость и болезненность. Исследованию подвергаются:

ткани вокруг ануса, слева и справа от копчика и крестца (медиальнее седалищных бугров); нижний и верхний край лонного сочленения; верх-не-внутренние края подвздошных костей; тазобедренные суставы и мышцы (ягодичные, грушевидные, прямая и косые мышцы живота и пояснично-подвздошные); мембраны запирающих отверстий.

Особое место в исследовании должно принадлежать лонным костям (передне-внутренняя поверхность) и краям подвздошных костей (внутренняя поверхность). В норме эти зоны должны легко и безболезненно пальпироваться.

Практика показала, что в подавляющем большинстве случаев диагностическая пальпация этих зон чрезвычайно чувствительна и болезненна. Но уже после ряда лечебных сеансов можно было свободно и безболезненно завести большие пальцы со стороны брюшной полости под лонное сочленение и пальпировать внутренний край подвздошных костей. Наряду с другими манипуляциями на органах и тканях таза это имело решающее значение в мероприятиях по подготовке женщин к физиологически свободным родам. У всех, кто проходил этот этап подготовки, роды протекали с минимальными болями, в короткие сроки и без патологических последствий для рожениц и новорождённых.

При ректальном исследовании я укладывал пациента на живот, так как в этом положении ему легче расслабиться. Такое положение пациента позволяло мне легче оценить состояние крестцово-копчикового перехода, запирающих отверстий и внутренних органов.

Предстательная железа имеет тенденцию к смещению (собственное наблюдение). Причём, в большинстве случаев она смещается вправо от продольной оси тела. В норме, тело железы определяется достаточно глубоко (около 4–6 см) и расположено посередине. При патологии она определяется сразу же за анальным кольцом (через 0,5–1,5 см). Поверхность железы при патологии неровная, бугристая и нижний её край, как правило, выглядит толстым. Железа неподвижна и с трудом поддаётся смещению.

Мочевой пузырь, в результате слабости собственных связок и давления на него кишечника, может опускаться вниз. Вследствие чего его сфинктер ущемляется отверстием в апоневрозе тазовой диафрагмы, вызывая раздражение пузыря и напряжение в диафрагме. Поскольку клинические симптомы такого местоположения мочевого пузыря схожи с симптомами при цистите, может появиться вероятность диагностической ошибки. В подобных случаях обычные лечебные мероприятия, как правило, не дают желаемого результата, и больной продолжает ходить по врачам.

Матка также имеет тенденцию смещаться вниз (особенно после аборт) и может занимать боковое положение, смещаясь к сигме или к слепой кишке. Достаточно часто отмечается её разворот на месте в правую или в левую сторону. Наиболее патологичными являются загибы матки назад или вперёд, сопровождающиеся перекручиванием труб. Иногда матка располагается посередине, но шейка матки повернута в сторону или направлена либо на крестец, либо на мочевой пузырь, упираясь в них (Ж.-П. Барраль, 1989 г.).

В моей практике было несколько случаев, когда загибы матки регистрировались с помощью УЗИ у женщин 16–18 лет, не имевших в анамнезе ни родов, ни аборт, а некоторые из них даже не имели половых контактов. Чаще это были боковые смещения, что, по моему мнению, связано с наличием спаечных процессов в малом тазу и вяло текущим хроническим аппендицитом или колитом. Характерными признаками, которые сопровождали изменение

местоположения матки, были косо скошенный таз, повышенный лимфоцитоз и эозинофилия в крови, как следствие наличия хронического воспаления и паразитарных инвазий,

«Эти смещения матки для гинекологов не представляют особого интереса, за исключением грубых нарушений в виде проллапса или ретроградного загиба, да и то только как констатация самого факта патологии, тогда как для нас это имеет такое же важное значение, как и любая другая патология (Ж.-П. Барраль, 1989 г.).

Полностью соглашаясь с Барралем, добавлю, что при патологии внутреннего органа, да к тому же изменившего свое местоположение, организм формирует специфическую сколиотическую осанку, приспособляясь к патологии внутреннего органа. В результате изменяется центр тяжести, и напрягаются группы мышц, удерживающих тело в новом положении. У пациента появляется боль в этих напряжённых мышцах, с чем он и приходит на приём к врачу.

К счастью, для этой категории больных в мануальной терапии и висцеральной хиропрактике есть приёмы, с помощью которых можно привести матку и другие органы в нормальное анатомическое положение, а вместе с этим устранить сопутствующие симптомы.

Так, например, смещённая и ригидная (напряжённая) матка влияет на позвоночник, вызывая его тугоподвижность, особенно в области поясничного и шейного отделов, что сопровождается болевым синдромом, зачастую ошибочно трактуемым как «радикулит (собственное наблюдение). Коррекция матки и ликвидация её ригидного состояния приводила к исчезновению напряжения и боли в мышцах и связках дна таза и спины.

ГРУДОБРЮШНАЯ ДИАФРАГМА

При исследовании грудобрюшной диафрагмы я старался обратить особое внимание на места её прикрепления, так как именно с ними были связаны основные причины патологических процессов.

Перенапряжение связок, соединяющих задний край диафрагмы с 11 и 12 рёбрами и с поперечными отростками поясничных позвонков, приводило к появлению боли в этой области, ошибочно трактуемой как «радикулит или проявление остеохондроза. Часто, при покашливании или чихании, боль появлялась в области первого и второго поясничных позвонков и irradiировала по ноге. Пациенты жалуются на невозможность повернуться с бока на бок, лёжа в постели, на боли во время вставания с постели или после длительного сидения. Иногда подобные симптомы врачи объясняют наличием межпозвоночных грыж, с чем я не могу согласиться.

Боль, возникающая вследствие патологии переднего края диафрагмы, порой похожа на боль при заболевании печени, желчного пузыря, желудка и других органов, что вводит в заблуждение и больного, и врача. Поэтому, у ряда пациентов, которым в подобной ситуации проводилось аллопатическое лечение, не было положительной динамики.

Клинические проявления патологии в области грудной диафрагмы имеют свою специфику, связанную с анатомическими особенностями её строения и расположения. Больные жалуются на чувство тяжести и боль в подреберье и пояснице, затруднённое дыхание (больше связанное с вдохом), на ограничение

поворотов туловища, трудности при наклонах и прогибах вперёд и назад. При исследовании дыхательной экскурсии грудной клетки отмечается ограничение её движения с одной или двух сторон. Внутренняя поверхность рёберного края (место прикрепления диафрагмы) при пальпации чрезвычайно болезненная. По её ходу, как правило, пальпируются уплотнения и тяжи, которые прилегают непосредственно к рёберному краю, делая его неровным и утолщённым. Когда пациент лежит на спине, рёберные дуги могут сильно выступать вверх, иногда ассиметрично, если один рёберный край располагается ниже или выше другого.

При тепловизионной диагностике явления перенапряжения мышечно-связочных структур в области диафрагмы проявляются в виде «холодных зон», расположенных спереди по рёберному краю и сзади, в области 11 и 12 рёбер. Эти термографические признаки на первом этапе исследования мешают дифференцировать патологию диафрагмы от патологии внутренних органов (печень, желчный пузырь, желудок, почки и др.). Однако, после первых терапевтических сеансов, проведённых на диафрагме, всё становится на своё место. Если это нарушение было связано с патологией самой диафрагмы, то после устранения спастического состояния мышц и сосудов боль исчезала. Положительный терапевтический эффект подтверждался тепловизионным исследованием в виде исчезновения «холодной зоны».

Функциональное состояние диафрагмы может зависеть от психоэмоционального фактора. При хроническом стрессе у пациентов мне приходилось наблюдать изменения в виде чрезмерно втянутого живота и напряжения мышц передней брюшной стенки. В глубине тканей брюшной полости, в области между пупком и мечевидным отростком, часто пальпировались болезненные уплотнения, не регистрируемые рентгеновским исследованием и УЗИ. После ликвидации последствий стресса исчезали и указанные изменения. Самым эффективным средством снятия напряжения, появившегося в результате стресса, было проведение специфического приёма над проекцией солнечного сплетения.

При патологических процессах в печени (гепатит, интоксикация, травмы и пр.), в пищеводе (эзофагит, дивертикулы нижней части пищевода, диафрагмальная грыжа пищевода) и в желудке (гастриты, язвенная болезнь) образуются спайки между этими органами и диафрагмой. С одной стороны, спайки ограничивают микро- и макроподвижность самих внутренних органов, а с другой стороны — вовлекают в этот процесс диафрагму (Ж.-П. Барраль, 1989 г.). Избыточное натяжение купола диафрагмы может привести к раздражению кровеносных сосудов, проходящих через неё. Это раздражение проявляется в виде сильной и жёсткой пульсации, как самой аорты, так и сосудов, отходящих от неё к внутренним органам.

Диагностика патологии диафрагмы проводится с помощью визуального, пальпаторного и инструментальных методов исследования.

На первом этапе диагностики я использовал, как правило, первые два метода. Стоя сбоку от пациента со стороны своего доминирующего глаза, я укладывал указательные пальцы на межрёберные промежутки 8–9 или 9–10 рёбер слева и справа от продольной линии тела по сосковым линиям. Затем просил пациента производить медленные глубокие вдохи и выдохи, а сам отмечал замедление или ускорение движения своих пальцев и, соответственно, грудной клетки слева и справа.

Далее, стоя за спиной сидящего пациента, я заводил пальцы рук под рёберный край слева и справа, слегка подтягивая его вверх, и просил пациента

глубоко подышать, чтобы оценить подвижность грудной клетки и внутренних органов, расположенных под диафрагмой.

Затем, уложив больного на живот, методом пружинистых надавливаний в области 11 и 12 рёбер, я определял степень их подвижности и болезненности и, следовательно, их участия в патологическом процессе. Наиболее эффективным приёмом, как при исследовании, так и при лечении, была глубокая пальпация пространства между 12 ребром и краем подвздошной кости. Выявив болезненность этих зон, я с помощью глубокого проникающего движения рук снимал патологическое напряжение мышц, добиваясь стойкого лечебного эффекта.

Дополнительные результаты мне давал метод перкуссии в местах крепления диафрагмы и прилегающих к ней внутренних органов. Необходимо помнить, что застойные явления в почках и паранеф- ральной клетчатке (околопочечных пространствах) также могут влиять на состояние грудобрюшной диафрагмы. Следовательно, в процесс исследования и лечения должны быть включены и они.

Благодаря комплексному лечению, мне удавалось помочь пациентам избежать предлагаемых операций на позвоночнике. Ремиссия длится уже более двух десятков лет.

ПОДКЛЮЧИЧНАЯ ДИАФРАГМА

При патологии в области подключичной диафрагмы больные жалуются на головные боли (тупые, ноющие, с чувством давления или сжатия, с явлениями жара или парестезии), головокружение, тошноту, учащённое (чаще поверхностное) дыхание и сердцебиение. Возможны сопутствующие симптомы: скованность верхнего плечевого пояса; цианоз, проявляющийся в снижении температуры кистей рук; парастезии кистей и пальцев рук в ночные и утренние часы; напряжение в области больших грудных мышц, припухлость в надключичных ямках; болезненность и напряжение в горизон- тальной порции трапецевидной мышцы; ограничение в поворотах, наклонах головы и разгибании шейного отдела позвоночника.

Резкое опускание предварительно поднятых плеч, также как и глубокая пальпация тканей в зоне диафрагмы, при наличии патологии вызывает боль и иррадиацию электрического тока в плечо, локоть и кисть.

Диагностическое обследование заключается в пальпации зоны подключичной диафрагмы. Осуществление активных и пассивных движений в ключично-стернальном и ключично-акромиаль- ном суставах позволяло мне определить подвижность ключицы, первого и второго ребра, а также объём ротационных движений в области шейно-грудного перехода. Особое внимание я уделял исследованию купола лёгких, так как его напряжение негативно сказывалось на качестве вентиляции верхних отделов лёгких и на состоянии диафрагмы.

Большую помощь в исследовании этой зоны оказывала теп- ловизионная диагностика. На термограммах верхнего грудного отдела чаще всего определяются элементы асептического воспаления (локально повышенной температуры) спереди слева под ключицей и сзади справа в горизонтальной порции трапецевидной мышцы. Участки с пониженной температурой (спастические явления) чаще отмечались в области грудных мышц, в месте их

прикрепления к плечевой кости, в ключичной части ГКС мышцы и в области шейно-грудного перехода сзади, место так называемого «женского горба».

ПОДЧЕЛЮСТНАЯ ДИАФРАГМА

Эта область ограничена краем нижней челюсти, затылочной костью, поперечными отростками верхних шейных позвонков и мышцами шеи. В глубине подчелюстной диафрагмы проходят артерии и вены, обеспечивающие приток и отток крови к головному мозгу, органам и тканям головы.

Диагностика самой подчелюстной диафрагмы включает в себя методы пальпации и исследования объёма движений (активных и пассивных) нижней челюсти и шейного отдела позвоночника. Они достаточно полно освещены в литературе. Необходимо подчеркнуть лишь важность исследования мышечных и костных структур, состояние которых оказывает влияние на наружную и внутреннюю сонные артерии и на позвоночные артерии.

Клинические проявления при патологии весьма разнообразны, так как захватывают не только головной мозг, но и такие важные органы, как глаза, уши, нос и др. Ведущими симптомами являются боль, головокружение, атаксии, расстройства зрения и слуха, обоняния, неадекватные вегетативные реакции, вегетосо- судистые дистонии.

При проведении тепловизионной диагностики лицевой части головы в подавляющем большинстве случаев определяются «холодные зоны в области щек (по ходу средней ветви лицевого нерва и лицевой ветви наружной сонной артерии). Изменения отмечаются в области висков, носа, лба и глаз.

Прежде всего, меня интересовала патология, связанная с сосудами, обеспечивающими кровоснабжение головного мозга. Доплеровское исследование даёт характеристику той части сосудов, которая имеет достаточный для измерения диаметр, тогда как состояние более мелких сосудов, капилляров, этим методом не определяется.

Тепловизионная техника не позволяет напрямую диагностировать сосуды головного мозга, но с её помощью можно исследовать сосудистое русло лицевой части головы. В случаях, когда волосяной покров отсутствует, диагностика всего черепа может дать врачу дополнительную информацию, с помощью которой он сможет найти верный путь лечения.

Определение спазмированных (холодных) участков или воспалительных процессов в области лица и шеи дает возможность, хотя и косвенно, судить о месте патологии и масштабе поражения.

А. Огулов выстраивает (на мой взгляд, гениально) причинно-следственную связь между определённой патологией почек и мышцами шеи. Последние, находясь в состоянии напряжения, приводят к частичному ущемлению сосудов и нервов шеи, опосредованно влияя на кровоснабжение и иннервацию глаз, ушей, челюстей, щитовидной железы и, в том числе, на подчелюстную диафрагму в целом.

Для более детальной диагностики интересующей области я предлагаю использовать метод ортостатического исследования с помощью качающегося стола, подробное описание которого вы найдете в этой книге.

НАМЁТ МОЗЖЕЧКА

Ряд патологий, связанных с нарушениями в высшей нервной деятельности, может зависеть от намёта мозжечка, изменение натяжения которого оказывает патологическое влияние на прилегающие ткани, мозговые оболочки и, опосредованно, на организм человека в целом.

На намёт мозжечка могут оказывать влияние патология атланто-окципитального сочленения, блоки в первых двух шейных позвонках, компрессия швов между лобной костью и костями носа, между затылочной костью и височными костями, нарушения в соотношении костей нёба и др.

Клинические симптомы проявляются в виде головных болей, головокружения, нарушения равновесия и пр.

Описание практической части лечения диафрагм не публикуется ввиду специфичности и трудности изложения данного материала.

Для освоения лечебных приёмов требуется непосредственное участие трёх сторон: преподавателя, стажёра и пациента.

АЛГОРИТМ ПРИЁМОВ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Проведение приёмов мануальной терапии следует осуществлять в определённой последовательности. Локальная боль в одном отделе позвоночника не даёт право на лечение только этого отдела. Как правило, в цепи болезни существуют и другие патологические звенья. В поле зрения врача должны попасть и мышцы, и связки, и суставы, и внутренние органы. Любой приём в обязательном порядке должен сопровождаться предварительными мероприятиями. Проведение мануального приёма без предварительной подготовки и на ограниченном количестве сегментов позвоночника приводит к возврату и хронизации болевого синдрома...

Когда пациент приходит к врачу с жалобами на боли в пояснице, тот, как правило, сосредотачивает свое внимание на этом отделе позвоночника, пытаясь на процедуре снять болевой симптом. Так же происходит и с другими отделами позвоночника. То есть, врач работает конкретно на том участке тела, к которому пациент предъявляет жалобы.

Также поступал и я в начале своей практики. Однако очень скоро понял, что такой подход в лечении даёт пациенту лишь временное облегчение и вынуждает его через какое-то время вновь обращаться за помощью.

У некоторых моих пациентов помимо основной проблемы появлялись новые симптомы, и они жаловались на появление боли в других участках тела и во внутренних органах. Надо было что-то менять. Я стал более пристально исследовать пациентов, не ограничиваясь тем участком тела, на который они жаловались.

Теоретически все знают, что в организме всё взаимосвязано, но, решая ту или иную практическую задачу, многие, к сожалению, об этом забывают. Я стал соединять теорию с практикой, тщательно обследуя пациентов и выявляя все звенья, участвующие в патологическом процессе.

Постепенно расширяя границы лечебного воздействия, последовательно проходя один участок тела за другим, я добился того, что пациенты стали быстрее поправляться, перестали повторно обращаться за помощью и их общее состояние значительно улучшилось.

Надо сказать, что время проведения сеанса росло пропорционально расширению задач, которые необходимо было решать в каждом конкретном

случае. Постепенно оно выросло с 20 минут до 1,5—2-х часов. Думаю, нет необходимости объяснять, что важнее: количество принятых врачом пациентов или качество медицинской услуги. Надеюсь, что наступит время, когда врача практика не будут загонять во временные рамки. Ведь нет приказа, заставляющего хирурга провести операцию за строго определённое время или сделать столько-то операций в день.

Для достижения лечебного эффекта я ставил перед собой несколько задач:

Во-первых, осуществить полную диагностику обратившегося за помощью пациента, не останавливаясь лишь на том отделе, на который он жалуется.

Во-вторых, тщательно провести подготовку (лечение) тканей тех участков тела, на которых будут проводиться мануальные приёмы.

В-третьих, проводить приёмы в определённой последовательности, переходя от одного региона тела к другому, устраняя тем самым все патологические звенья болезни. Чтобы не «бороться с конкретным болевым симптомом, а устранить причину, вызвавшую его.

Такой подход имеет важное значение в создании алгоритма лечения, и в этом заключается залог успеха. Взять, к примеру, мастера, собирающего часовой механизм. Если он не будет знать функциональную особенность каждой детали и порядок сборки, он не справится с задачей. Так и в мануальной терапии. Нельзя пользоваться «голыми приёмами, их надо применять в определённой последовательности и после правильной и тщательной подготовки тканей тела.

Достаточно часто вектор приложения повреждающего фактора направлен на один участок тела, а жалобы предъявляются к другому. Так, хлыстовая травма шейного отдела позвоночника через некоторое время отзывается сильными приступами болей в пояснице; травма поясничного отдела сказывается на шейном отделе позвоночника, ограничивая повороты головы и вызывая боль; патология желудка со временем проявляется болью в межлопа- точной области; патология печени сказывается на состоянии правого плечевого сустава; патология кишечника может привести к невриту локтевого нерва и т. д. Перечисление подобных примеров можно продолжить. Для опытного врача они полностью предсказуемы, поскольку являются результатом адаптационных процессов в организме.

Помимо поиска последовательности приёмов МТя старался найти и более рациональные и эффективные подготовительные воздействия на прилегающие ткани, которые в сочетании с мануальными приёмами максимально отвечали бы принципу универсальности и не приводили бы к осложнениям и обострениям основного процесса, к так называемым «постманипуляционным реакциям».

В результате этих поисков постепенно определились не только очерёдность использования приёмов, но и методы подготовки окружающих тканей перед каждым видом манипуляций.

Являясь убежденным сторонником интегральной медицины, я также использовал физиотерапию, фитотерапию, гирудотерпию и др. для достижения наибольшего эффекта.

Я часто призываю коллег использовать эпидемиологический принцип в решении медицинских задач, связанных, в том числе, и с патологией опорно-двигательного аппарата. Эпидемиологи сначала ищут причину инфекционного заболевания, а затем предлагают способ его лечения. Но, к сожалению, в мануальной терапии не всегда соблюдается это правило. Наблюдая за работой своих коллег, я видел, что техническое исполнение некоторых приёмов

мануальной терапии, а также предварительная подготовка окружающих тканей и последовательность их выполнения не выдерживают никакой критики. Как правило, мануальные терапевты шаблонно подходят к исполнению ротационных манипуляций на шейном и поясничном отделах позвоночника, проводя приёмы в обе стороны. Ими также не учитываются ВСЕ патологические звенья болезни и, естественно, болезнь не устраняется полностью. Отсюда и возникают обострения основного болевого симптома, как непосредственно на процедуре, так и отсроченные во времени. Это является следствием того, что подход к МТ, как и в общей терапии, является чисто симптоматическим.

Лечебные действия должны распространяться на все органы и ткани, тем или иным образом вовлеченные в патологический процесс, подтверждая тем самым постулат, что лечить надо человека, а не болевой симптом.

Какой прок в унылом повторении одних и тех же мануальных приёмов, из сеанса в сеанс, на протяжении всего курса лечения?

Примеров неправильного использования приёмов в мануальной терапии долго искать не нужно. Взять хотя бы один из самых распространённых — при удержании головы в одном положении, скручивание её сначала в одну, а затем в другую сторону. Я считаю это недопустимым. В этом случае воздействие приходится на среднюю часть шейного отдела позвоночника (С4—С5), тогда как в нём-то чаще всего и выявляется нестабильность (гипермобильность) позвонков. Я ничего не имею против этого приёма, как такового. Применение его в диагностически правильно выбранную сторону оправдано. Тогда как поворот в другую сторону — действие вредное и чревато осложнениями. Это всё равно, что ломиться в незапертую дверь, пытаюсь открыть её в ту сторону, в которую она никогда не открывалась. Теоретически это возможно, но практически это будет выломанная дверь с сорванными петлями и дверной коробкой.

Встречаются и пациенты, которые, поворачивая свою голову руками в обе стороны, «хрустят шейей, пытаюсь таким образом снять мышечное напряжение и боль.

В журнале «Мануальная Терапия (№№ 14–15 за 2000 г.) В.Н. Хорошунов пишет: «Несмотря на общепризнанную эффективность мануальной терапии при вертеброгенной патологии, она всё же имеет ряд нежелательных побочных действий. Одним из них является болевой синдром, развивающийся через несколько часов после сеанса...», «...из 74-х больных с неврологическими проявлениями шейного и поясничного остеохондроза у 24-х (!) пациентов после мануальных воздействий развился постманипуляционный синдром...

Что же это получается? Больной пришёл за помощью, а после лечения ему впопугу вызывать «скорую»? Подобные статьи только дискредитируют ММ.

К сожалению, этот пример не единичный. Естественно, никто не застрахован от «несчастливого случая, но надо сделать всё, чтобы он не произошёл.

Приводимые мной сведения помогут избежать нежелательных реакций и получить тот результат, на который рассчитывают и врач, и пациент.

У меня есть единомышленники. А. Огулов, президент Российской Ассоциации висцеральной хиропрактики, в 1994 г. предложил метод висцеральной терапии, основой которого является строгая последовательность лечения по «кругам взаимодействия». «Для того, чтобы избежать осложнений и нежелательных последствий, следуйте тем правилам исполнения приёмов,

которые вам даны, и строго исполняйте технику выполнения приёмов и принцип их соблюдения по "кругам взаимодействия", — предупреждает А. Огулов своих последователей.

Разработанный мной алгоритм лечебных приёмов складывается из основных и дополнительных манипуляций.

Основные:

- ◆ Подготовка и лечение грудного отдела позвоночника;
- ◆ Подготовка и лечение поясничного отдела позвоночника;
- ◆ Подготовка и лечение лонного сочленения;
- ◆ Подготовка и лечение шейного отдела позвоночника;
- ◆ Подготовка и лечение подвздошно-крестцового сочленения;
- ◆ Подготовка и лечение аксиально-атлanto-окципитального отдела позвоночника.

Дополнительные:

- ◆ Работа с мышцами конечностей и снятие блоков в суставах;
- ◆ Устранение гипертонуса и напряжения в диафрагмах тела;
- ◆ Висцеральная терапия органов грудной и брюшной полости;
- ◆ Устранение напряжения швов черепа и мозговых оболочек;
- ◆ Проведение приёмов общей релаксации.

Нарушения выявляются уже при внешнем осмотре пациента. Как проводить осмотр и определять отклонения от нормы, подробно описано в зарубежной и отечественной литературе (Ф. Гринманн, К. Левит, Л. Васильева).

Для того чтобы представить себе ход дальнейших действий, я пользуюсь схемой типичных нарушений, происходящих в опорно-двигательном аппарате. См. фото 35 на цветной вклейке (Схема-Ключ).

Перед началом лечения необходимо провести ряд исследований, в том числе и рентгенологических, чтобы быть уверенным в том, что данный пациент не имеет врождённых аномалий опорно-двигательного аппарата и внутренних органов. Только тогда, когда будут собраны все данные, можно с достаточной вероятностью установить причины, приведшие к повреждению, и принять те меры, которые позволят оказать пациенту реальную и действенную помощь.

В приведённой схеме (см. фото 35 на цветной вклейке) я не акцентирую внимание на качестве нарушений. Моя задача показать специфические места, где наиболее часто происходят нарушения, и последовательность их образования.

Прежде всего — это поясничный отдел, где часто наблюдаются ротационные изменения в положении позвонков. На втором месте стоит патология подвздошно-крестцовых суставов с сопутствующей дисфункцией лонного сочленения (с особенностями, характерными прежде всего для женщин). Далее следуют патологии грудного отдела позвоночника, шейного отдела, головных суставов, суставов конечностей (чаще в тибιο-фибулярном суставе), межчелюстных и т. д.

Ротационные изменения в последних трёх поясничных позвонках связаны с такими же изменениями в первых трёх шейных. Но прежде чем эти нарушения «свяжутся или синхронизируются друг с другом по принципу компенсации, появляются блоки и нестабильность в позвонках между этими отделами, т. е. в грудном отделе, что отмечено на вышеуказанной схеме. Естественно, это найдёт отражение на состоянии мышц и связок туловища и конечностей.

Важным моментом патологии в представленной схеме является положение костей таза и разность длины ног пациента. В результате собственных наблюдений было установлено, что примерно у 85 % пациентов, обращающихся за помощью, имеет место укорочение правой ноги и удлинение левой, а у остальных 15 % наоборот — левая нога короче, а правая длиннее. Причём, эта разница в длине ног бывает довольно значительной и зависит от количества задействованных в конфликте сегментов позвоночника и мышц, а также от тяжести патологического процесса во внутренних органах.

Явлению укорочения одной из конечностей я придаю большое значение и использую его как своеобразный тест, по которому можно предварительно судить о распространении патологии и делать дальнейший прогноз, как на длительность предстоящего лечения, так и на его исход.

В свою очередь, изменение длины ног может послужить этиологическим фактором для развития других патологий. При ходьбе человек «вгоняет головку бедренной кости в вертлужную впадину на стороне удлинённой ноги. Со временем хрящевая прослойка истончается, что является стартом для такого недуга, как артроз тазобедренного сустава («коксартроз»). Если эта патология сопровождается остео- порозом и достигает человека в критическом возрасте, связанном с перестройкой организма (климактерический период), исход известен — перелом шейки бедра. Так как именно на неё приходится основная физическая нагрузка, связанная с весом тела. Чаще всего эти травмы распространены у женщин из-за гормональных нарушений, которым также можно дать объяснения.

Интересен ещё один нюанс. При переломе шейки бедра не важны направление и сила травмирующего фактора, приведшего к перелому кости: кто-то упал навзничь; кто-то набок; кто-то, споткнувшись, упал вперёд на колени; кто-то получил травму, стоя в транспорте, из-за резкого толчка или торможения. Важно то, что условия для травмы были предопределены заранее. История не имеет сослагательного наклонения, но если бы эти люди пришли к мануальному терапевту, который устранил бы дисфункции позвоночника и таза, то, возможно, они избежали бы переломов.

Чтобы убедиться в том, что мы имеем дело с приобретённой патологией, а не с врожденным дефектом, когда кости одной голени короче костей другой, надо уложить пациента на живот, стать у ножного края кушетки и согнуть ноги пациента в коленных суставах до прямого угла. Далее, присев до уровня стоп пациента, посмотреть на высоту стояния пяток и определить длину голеней. В норме разницы в высоте между левой и правой ногой не будет. Если же такая разница есть, значит одна из голеней короче (длиннее) от рождения и косоое положение таза является физиологически скомпенсированным.

В случаях, когда имелись такие врожденные отклонения, приходилось на время лечения назначать ортопедические стельки. Кости растут по заложенной природой программе, и если эту программу подкорректировать, можно добиться желаемого результата. Наибольший эффект коррекции достигался у детей и подростков.

Длина ног напрямую связана с расположением костей таза и позвоночника. Особенно это касается женщин. Женский таз более уязвим, чем мужской, так как лонное сочленение женщин менее прочно в связи со спецификой физиологии тела. У женщин, при падении на ягодицы, чаще всего травматическому повреждению подвергается одно из ПКС. Это смещение подвздошной кости относительно крестца фиксируется мышцами и связками,

закрепляя патологию. Подвздошно-крестцовый сустав пораженной стороны блокируется, тогда как сустав с другой стороны, принимая на себя функцию повреждённого, становится компенсаторно гипермобильным. Связки, которые его покрывают, натягиваются и раздражают крестцовое сплетение, вызывая боли в пояснице с последующей иррадиацией в поясничную область и по ноге, что зачастую ошибочно принимается за «радикулит или «ишиалгию.

Нарушение соотношения костей таза также может сказаться на женских репродуктивных органах. При косо скошенном тазе происходит напряжение связок и мышц с одной стороны (в том числе связочного аппарата матки) и расслабление их с другой. Локальное напряжение миометрия может сказаться как в периоде плацентации в виде аномалий положения плаценты, так и на поздних сроках в виде патологического предлежания. Матка, вырастив плод, сохраняет приоритет одностороннего напряжения. На последнем месяце беременности, когда естественный тонус матки повышается, плод старается занять наиболее комфортное положение, что может привести не только к неестественному предлежанию, но и к опутыванию его пуповиной. Во время родов сокращение одной стенки матки может опережать другую, и тогда изгоняющий вектор силы направлен не строго вниз, а косо. Это становится причиной патологического течения родов, а также повреждений головки плода и мягких родовых путей роженицы.

В своей монографии Ж.-П. Барраль, указывая на ротационное изменение местоположения матки, не увязывает причину этого нарушения с состоянием костей таза и позвоночника, а также и с состоянием близлежащих внутренних органов, констатируя это как факт. Тогда как в старорусской висцеральной хиропрактике напрямую связывается влияние как близлежащих органов друг на друга, так и статики-нетического баланса позвоночника и костей таза на внутренние органы. Это подтверждается, когда во время процедуры обдавливания внутренних органов происходит самопроизвольная репозиция дугоотростчатых суставов позвоночника с характерным звуком. Опытный мануальный терапевт может отличить обычный сухой щелчок от того, который соответствует звуку разблокируемого сустава. Я и мои коллеги не раз констатировали снятие блока с позвоночно-двигательного сегмента (ПДС) при работе с внутренними органами.

При обследовании женщин и сборе анамнеза я обратил внимание на тот факт, что отклонение тела матки часто сопровождалось гормональными нарушениями и бесплодием. Смещение матки в ту или иную сторону возможно вследствие патологии внутренних органов (слепая, сигмовидная кишка), находящихся в стадии хронического воспаления, и возникающего спаечного процесса. Чаще всего это смещение было правосторонним.

Избыточное растяжение маточной трубы с одной стороны и расслабление с другой, изменение просвета в трубах становились причиной бесплодия или трубной (внематочной) беременности. Этот факт подтверждался при гистеросальпингографии.

Наличие воспаления и гипертермии в толстом кишечнике может приводить к «перераздражению и изменению функциональной активности яичников, вызывая гормональный дисбаланс.

Ж.-П. Барраль отмечает, что гинекологи Франции не обращают внимания на изменение местоположения матки (думаю, так же и в России), и нам, мануальным терапевтам, самим приходится решать эти задачи.

У мужчин лонное сочленение более стабильно, поэтому при падении на область ягодиц чаще смещается весь таз, и разница в длине ног в основном связана с ротационным смещением нижних поясничных позвонков. Чаще всего происходит смещение пятого поясничного позвонка относительно крестца и, как следствие, одностороннее укорочение мышц поясничного отдела. В этом случае поражается поясничное сплетение, раздражается седалищный нерв, что подтверждается клиническими проявлениями (истинная ишиалгия) и рентгенологическими данными.

В художественной литературе наиболее красочно описаны перипетии, связанные с повреждением поясничного отдела позвоночника, в книге М. Ларни «Четвёртый позвонок».

Синдром, сопровождающийся ишиалгией, я обозначил для себя как «болевым симптом 10 минут или 10 часов. Если пациент приходил ко мне на лечение сразу после травматического инцидента и появления боли, достаточно было 10 минут, чтобы освободить его от мучений. В тех случаях, когда больной затягивал своё обращение за помощью или занимался самолечением, используя разогревающие мази, грелки, горячие ванны и анальгетики для подавления боли, то и 10 дней (по 1–1,5 часа на сеанс) не хватало, чтобы ликвидировать отёк тканей, ущемляющий нервные стволы. В этих случаях быстрое устранение болевого симптома, возникшего в результате таких «домашних мероприятий», представляется весьма проблематичным.

При внешнем разогреве тканей в области поражённых суставов позвоночника образуется дополнительный приток крови. Это усугубляет уже существующий отёк, сопутствующий асептическому воспалению в связи с травмой, что приводит к ещё большему раздражению нервного корешка, и отёк, спускаясь по ходу седалищного нерва и сдавливая его, вызывает резкую боль при каждом движении. Любые манипуляции на этих уже гипертрофированных зонах вызывают появление постманипуляционных осложнений, с чем порой сталкиваются мануальные терапевты и массажисты.

В последнее время много споров возникает по поводу того, насколько приоритетным является влияние грыж межпозвоночных дисков на возникновение болевого симптома. Одни врачи (в основном нейрохирурги) при помощи ядерно-магнитного резонанса (ЯМР) или компьютерной томографии (КТ) доказывают грыжевую причину возникновения корешковых болевых симптомов. Другие, успешно справляясь с этой патологией, доказывают на практике, что не грыжи вызывают ущемление спинных нервов, и пациенты могут обойтись без хирургического вмешательства.

На одном из международных съездов рентгенологов, проходившем в Финляндии, обсуждалась тема рентгенологической диагностики позвоночника. Оргкомитет попросил участников съезда привезти собственные рентгеновские снимки. После основного доклада, посвящённого исследованию грыж межпозвоночных дисков, многие участники обнаружили на своих снимках грыжи

Шморля в различной стадии развития! Однако, несмотря на их наличие, подавляющее большинство не ощущало каких-либо негативных проявлений со стороны своего позвоночника. Это даёт основание считать, что сама грыжа не является источником боли. В последующем участники съезда предостерегали

врачей от односторонней диагностики при оценке причины болевого симптома в позвоночнике.

В последнее время при диагностике позвоночника неврологи отдают предпочтение ЯМР и КТ, а не обычным рентгеновским снимкам. При наличии болевого симптома грыжа диска в 3–4 мм трактуется как первопричина, и пациента с такой грыжей направляют к нейрохирургу для хирургического лечения. Удобно, больной уходит от невролога, и лечить его уже не надо. У меня создаётся впечатление, что на сегодняшний момент существует «гипердиагностика в пользу хирургического метода лечения.

Для меня более информативным исследованием по-прежнему является обычный рентгеновский метод исследования позвоночного столба, который проводится с функциональными пробами, обзорным снимком таза и снимками шейного отдела через открытый рот. Такие снимки дают больше сведений о состоянии костно-связочных структур и их функциональных возможностях, чем ЯМР и КТ. Если такой вид исследования будет вытеснен из медицинских учреждений, врач-практик лишится возможности получить более полное представление о состоянии позвоночника.

Бесспорно, грыжа диска — явление неприятное. Она косвенно указывает на снижение высоты диска, вследствие чего происходит сближение соседних позвонков. В результате суставные поверхности одних дугоотростчатых суставов «налезают друг на друга, тогда как другие расходятся, и происходит растяжение суставной капсулы с развитием асептического воспаления и отёка. Рядом с этим очагом воспаления пролегает нервный спинномозговой корешок, который также вовлекается в воспалительный процесс близлежащих мягких тканей. Возникший болевой симптом приводит сегодня многих пациентов на хирургический стол (по моему мнению, ошибочно) для удаления грыжи.

Возникающее после операции улучшение можно объяснить интраоперационным дренажом жидкости, накопившейся в результате воспаления, а также следствием послеоперационных местных противовоспалительных мероприятий.

Однако причина, вызвавшая перенапряжение мышц спины, и в результате приведшая к компрессии диска и выпячиванию пульпозного ядра в виде грыжи, остаётся не выявленной и, следовательно, не устранённой. Чаще всего эта причина кроется в патологии внутренних органов, и если её не устранить, вполне вероятно возникновение грыжи другого диска. Избежать хирургического вмешательства можно благодаря своевременной и правильно проведённой консервативной терапии.

Нестабильность позвонков хорошо видна на прямых рентгенограммах при флексии и экстензии позвоночника. Также косвенным признаком нестабильности является разрастание остеофитов по краям тел гипермобильных позвонков. Природа тем самым стремится соединить эти позвонки, чтобы исключить патологические движения между ними. Это — саногенетическая (защитная) реакция организма.

Чем выраженнее блок в одной части позвоночника, тем большая нестабильность будет в другой, и тем адекватнее будет реакция организма в своём стремлении ликвидировать эту нестабильность. Наличие нескольких блоков выше и ниже расположенных позвонков приводит к развитию меж ними такого явления, как листез, то есть к избыточному смещению одного позвонка относительно другого.

В народной медицине для ускорения сращивания позвонков в пострадавшем отделе (с явлениями нестабильности) костоправы рекомендовали своим пациентам ношение жёсткого корсета и употребление кальция (высушенная и размолотая скорлупа куриных яиц, обработанная соком лимона).

В моей практике были случаи, когда люди сообщали об удивительных для них вещах. В 30–40 лет они по несколько раз в год болели «радикулитом», а после 50 лет забывали, что такое боли в спине, хотя рассказывали, что нагрузки на приусадебном участке иногда бывали довольно значительными. Правда, говорили они, поясница не гнётся, зато выручают тазобедренные суставы.

Это подтверждает тот факт, что боли в позвоночнике возникают не от блоков в позвонках, а от нестабильности последних.

И причиной боли является асептическое воспаление, возникающее из-за перерастяжения суставных капсул и травматизации суставных поверхностей. Как только ликвидируется нестабильность, так практически сразу исчезает и боль. Что касается частичной потери подвижности позвоночника, то, как показывает жизнь, ею можно пренебречь.

В дополнение к существующим методам диагностики МТ я использовал приёмы, позволяющие раскрыть другие причины, приводящие к гиперлордозу, кифозу, выпрямлению физиологических изгибов позвоночника и элевации таза.

Пациент ложился на спину, и я определял расстояние между поясницей и поверхностью кушетки. Так же расстояние измерялось между кушеткой и подколенной ямкой пациента. Далее я просил пациента вытянуть руки за голову и определял величину сгибов в плечевых и локтевых суставах. В норме руки должны свободно вытягиваться в прямую линию и свободно ложиться на кушетку, тогда как при патологии руки в плечевых и локтевых суставах не выпрямляются, образуя тупой угол, и пациент не может положить их на кушетку. Затем пациент ложился на спину, свесив голени с края кушетки. Я определял, свободно ли и под каким углом свисают голени пациента.

Необходимость этих исследований заключалась в определении наличия и степени напряжения (укорочения) мышц. Укорочение или удлинение мышц сгибателей и разгибателей, на мой взгляд, непосредственно влияет на формирование кифоза и лордоза. Если голени пациента свисали под углом к вертикальной линии — это говорило о наличии укорочения мышц передней поверхности бедра.

Внешне это проявлялось в увеличении пространства между поясницей, подколенной ямкой и горизонтальной поверхностью кушетки. Приведение голени пациента к вертикальной оси приводило к увеличению элевации таза, усилению лордоза и увеличению соответствующего пространства под поясницей.

И, наоборот, при нажатии на передние верхние ости подвздошных костей и приближении поясничного отдела к поверхности кушетки, голени отклонялись в сторону горизонтальной линии, подчеркивая наличие укорочения мышц передней поверхности бедра.

Ещё одним диагностическим признаком может служить выраженная болезненность мышц по передне-наружной части голени даже при незначительной их пальпации. Среди этих мышц находится разгибатель большого пальца стопы. При хроническом напряжении и следующим за этим укорочении этой мышцы большой палец отводится в сторону, деформируя второй сустав. Эта патология известна как «халюс вальгус». Если бы

своевременно проводилось профилактическое лечение, то хирургам не надо было бы делать по этому поводу операции.

В чем причина? Я думаю, в недостатке информации как у населения (прежде всего), так и у врачей.

Если продолжить исследования этого патологического круга, то можно связать «халюс вальгус не только с болями в ногах, но и с проблемами в шейном отделе позвоночника и головными болями. Во-первых, нарушение статуса стопы при наличии «халюс вальгус приводит к изменению центра тяжести тела, вызывая его отклонение. В результате мышцы, поддерживающие равновесное положение тела, подвергаются хроническому напряжению. Когда компенсаторные реакции истощаются, в этих мышцах появляется боль. Основная нагрузка приходится на мышцы шеи, горизонтальные порции трапецевидной мышцы и мышцы, поднимающие лопатку. А. Биррах и Пак Дже Ву в своих исследованиях стоп указывают на то, что зона поражения тканей в области второго сустава большого пальца соответствует шейному отделу позвоночника и голове. Вот и получается, что как ни крути, а «все дороги ведут в Рим. Естественно, можно проводить любое лечение, на любых уровнях, с применением самых технологичных методов, но если причина не устранена, болезнь снова напомнит о себе. Вы вправе задать вопрос: что делать с наличием «халюс вальгус? Если патология не запущена — лечить консервативно, если процесс зашел слишком далеко и деформация сустава выражена — необходима операция. Потому что только так можно вернуть центр тяжести тела в физиологическое равновесие. А с этим уйдут и патологические симптомы.

Я привёл лишь один пример (из многочисленных наблюдений) влияния мышц конечностей на позвоночник. Зная места прикрепления мышц, не трудно понять их роль в формировании той или иной патологии в опорно-двигательном аппарате.

Большое внимание в процессе лечения должно быть уделено взаимосвязи внутренних органов с мышцами туловища и конечностей. Здесь также проявляются свои закономерности, свои патологические круги взаимодействия. Надеюсь в будущем продолжить изучение этих явлений и поделиться результатами с коллегами.

Болевой процесс почти всегда сопровождается перенапряжением мышц и связок, напряжением и болезненностью внутренних органов, общим эмоциональным перенапряжением пациента. Для того, чтобы совершить тот или иной приём на позвоночнике безболезненно для пациента и с минимальным приложением усилия, необходимо вначале добиться устранения патологии в мышцах и связанных с ними внутренних органах.

На практических занятиях некоторые коллеги, наблюдая за моей работой, спрашивали меня: «Зачем так долго и так тщательно работать с мышцами и внутренними органами перед совершением мануального приёма? Не проще ли использовать известные всем приёмы постизометрической релаксации мышц (ПИР)? Получается и быстро, и легко!

Использование только одного приёма ПИР для воздействия на перенапряжённые, а вернее, на поражённые мышцы, на мой взгляд, недостаточно эффективно. Это объясняется тем, что после процедуры ПИР и снятия блока поражённая мышца вновь приходит в спастическое состояние, поскольку причина, вызвавшая её поражение и сокращение, остаётся не устранённой. Поэтому любое движение пациента может спровоцировать возврат разблокированного позвонка в прежнее положение.

Наличие очага возбуждения в коре головного мозга также может поддерживать мышцу в спастическом состоянии. Этот очаг формируется, как правило, в результате длительного течения болевого процесса и в последующем может быть источником фантомных болей.

Д. Тревелл в своей монографии, описывая миофасциальные боли, прямо указывает не на банальное укорочение (перенапряжение) мышцы, а на серьёзные дегенеративные изменения в ней. Значит, недостаточно только расслабить больную мышцу, её нужно вылечить! А это за пару минут не получится.

Взаимозависимость между мышцами и органами (висцеро-соматические рефлексy)

T ₂	Подлопаточная мышца	Сердце
T ₃	Дельтовидная мышца	Лёгкие
T ₄	Подколенная мышца	Желчный пузырь
T ₅	Грудная мышца, ключичная часть	Желудок
T ₆	Широчайшая мышца спины	Поджелудочная железа
T ₇	Трапециевидная мышца, средняя порция	Селезёнка
T ₈	Грудная мышца, грудная часть	Печень
T ₉	Портняжная мышца	Надпочечники
T ₁₀	Четырёхглавая мышца	Тонкий кишечник
T _{11,12}	Поясничная мышца	Почки
L ₁	Экстензоры бедра	Прямая кишка
L ₂	Квадратная мышца поясницы	Аппендикс
L ₃	Большая ягодичная мышца	Репродуктивные органы
L ₄	Fascia Lata	Толстый кишечник
L ₅	Грушевидная мышца	Репродуктивные органы

Необходимо помнить и о взаимосвязях мышц с внутренними органами. Такой раздел ММ как кинезиология охватывает эти взаимосвязи наиболее

полно. Больной орган может влиять на связанную с ним мышцу, потенцируя её напряжение или наоборот избыточное расслабление. Поэтому, отсутствие параллельного лечения «заинтересованного внутреннего органа зачастую приводит к возобновлению прежнего напряжения мышцы и, соответственно, патологического процесса. И наоборот, одновременное лечение внутреннего органа и пораженной мышцы всегда приводит к устранению звеньев патологической цепи, то есть болезни.

Собственный опыт показал, что, следуя этим путём, можно достичь максимального эффекта лечения.

ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ МАНУАЛЬНЫХ ПРИЁМОВ

Перед началом процедуры я сначала старался снять психоэмоциональное напряжение у пациента, добиваясь его общего расслабления. Для этого, стоя у головного конца кушетки при исходном положении пациента «лежа на спине, я мягкими движениями ладоней растягивал его мимические мышцы лба и висков. Положив свои ладони на лоб пациента и обеспечив лёгкий нажим, я осуществлял скользящие движения по коже и по волосам. Этот приём повторялся несколько раз, до появления тепла в области головы и общего расслабления.

1. Первым звеном лечебного алгоритма в процессе ликвидации патологической цепи я считаю проведение вначале подготовительных мероприятий, а затем и манипуляций на грудном отделе позвоночника.

При хроническом напряжении мышц спины, связывающих затылочную кость с крестцом, наступает их укорочение, при котором появляются кифозирование и лордозирование, а затылок и крестец приближаются друг к другу. И прежде чем предпринимать какие-либо действия на поясничном или шейном отделе, необходимо в первую очередь снять общее напряжение с мышц спины.

Исходное положение (И.П.) — пациент лежит на животе. Стоя сбоку от пациента, я поперечными движениями обеих рук разминал, растирал и растягивал кожу и подлежащие ткани спины, одновременно сочетая эти движения с раскачиванием и раскручиванием тела в поперечном и продольном направлениях. Это позволяет достаточно эффективно расслабить мышцы, которые почти всегда находятся в напряженном состоянии, несмотря на то, что пациент лежит в самой удобной для позвоночника позе — на животе.

Этому приёму (как и последующим) можно научиться на практических занятиях, так как сложность его выполнения заключается в том, что все три движения (растирание, разминание и растягивание) необходимо производить сочетано и одновременно,

Затем я приступал к конкретной работе с мышцами, предварительно выявив в них места расположения узелковых образований, именуемых как триггерные (курковые) зоны, узелки Корнелиуса, миогелозы и пр. Здесь наиболее эффективным является приём временной ишемии выбранного для лечения участка.

Чтобы закрепить полученный результат лечения, я применял электростимуляцию с использованием нейроподобных импульсов, а также другие методы физиотерапии, в том числе и криотерапию.

Следующим моим действием было расслабление мышц живота — прямых, косых и подвздошно-поясничных, так как и от их состояния зависит степень напряжения в грудном и поясничном отделах позвоночника.

И.П. — пациент лежит на спине. Стоя сбоку от пациента и погружая свои руки в ткани его живота, я мягкими поперечными движениями производил глубокий проминающий массаж, чередуя его с приёмами временной ишемии в области пояснично-подвздошных мышц. Этому приёму я даю предпочтение перед другими, так как он позволяет пациенту максимально принять участие в процессе лечения, сочетая элементы напряжения и расслабления. Положительный эффект расслабления давали движения по растягиванию боковых мышц в области талии. Затем следовали приёмы по снятию напряжения с межрёберных мышц (И.П. — пациент лежит на животе).

Далее я применял приёмы висцеральной хиропрактики на внутренних органах, чтобы исключить их влияние на пострадавшие области.

Подготовив таким образом ткани тела, я переходил к исполнению основного манипуляционного приёма в области грудного отдела позвоночника.

И.П. — пациент лежит на животе. Пружинящими движениями рук, сложенными в кулаки (или рёбрами ладоней, расположенных гаварвертебрально), я производил одномоментные надавливания на параллельные области головок рёбер и поперечных отростков, продвигаясь от нижнего грудного отдела позвоночника вверх, до шейно-грудного перехода.

Манипуляции с перекрёстным положением рук я проводил только над теми участками позвоночника, где ранее были выявлены блоки в соединениях между рёбрами и поперечными отростками позвонков.

Хочу предупредить моих коллег, что при отсутствии таких блоков проведение данного приёма на каждой процедуре приведет к образованию нестабильности в позвоночно-двигательном сегменте (ПДС).

Также хочу обратить внимание на соблюдение осторожности при приближении к очагу боли, расположенному в поясничном отделе позвоночника. Действия врача не должны вызывать появление боли или её усиление. При наличии болевого процесса в поясничной области данный приём должен быть ограничен областью нижнего грудного отдела позвоночника (Т-12), чтобы не вызывать нежелательного раздражения тканей поражённой области.

Необходимо избегать надавливания в том месте, где есть «провалившийся позвонок. Для «поднятия последнего применялась специальная техника, направленная на выше- и нижележащий позвонок. При этом необходимо помнить, что могут быть аномалии в костном строении позвонков, в том числе и недоразвитии остистых отростков, ошибочно принимаемых за «западение позвонков.

В случаях, когда имеется выпрямление физиологического изгиба грудного отдела позвоночника (синдром плоской спины), проведение приёма в сагиттальном направлении я считаю недопустимым.

При проведении данного приёма часто слышен хруст, который является признаком размыкания суставных поверхностей, что способствует расслаблению в мышцах спины. Костоправы эти звуки выдают за «вправление позвонков.

Результатом правильного проведения приёма должно быть отсутствие боли, появление тепла в спине, увлажнение кожных покровов, расслабление мышц и кожная гиперемия.

При выявлении выступающих рёбер со стороны передней грудной клетки (одновременно двух или с одной из сторон) я использовал приём заднего захвата, предварительно проведя подготовительные мероприятия по снятию напряжения с межрёберных мышц по всей грудной клетке.

И.П. — пациент стоит. Став позади пациента, положив основание одной ладони на выступающее ребро, я выполнял тракционное движение (на себя и вверх одновременно) на выдохе пациента. Хочу подчеркнуть, что воздействие производилось только на конкретное ребро. Если оно выступало спереди, то головка этого ребра сзади была оттянута от отростка позвонка, что выражалось в растяжении капсулы этого сустава. На обзорном рентгеновском снимке позвоночного столба эти нарушения достаточно хорошо читаются.

Природа этого вида патологии возможно кроется в приложении травмирующего фактора сзади, например, при падении на спину на какой-то предмет.

Этот вид диагностики и лечения не прописан чётко в литературе, поэтому я на нём остановился подробнее. Другой вид дисфункций (и приёмы их устранения), связанный с выступанием рёбер на задней поверхности грудной клетки, достаточно полно описан в литературе и моих комментариях не требует.

Снятие напряжения с мышц спины и ликвидация блоков в ПДС косвенно приводило к расслаблению мышц и частичному снятию напряжения с поясничного и шейного отделов позвоночника.

2. Вторым по степени значимости является поясничный отдел позвоночника. Подготовительные мероприятия на поясничном отделе я начинал с расслабления больших, средних и малых ягодичных мышц, грушевидной мышцы, связок между крестцом, копчиком и сидалищным бугром.

И.П. — пациент лежит на животе. Локтем своей руки я осуществлял глубокие проминающие движения, направленные поперёк указанных мышц и связок до их полного расслабления.

Выполнение этого подготовительного приёма всегда имело решающее значение для устранения такого неприятного осложнения, как постинъекционный фиброз тканей. По моему мнению, уколы в ягодичную область травмируют нервные корешки поясничного сплетения. При глубокой пальпации ягодичной области у пациентов с болевым симптомом я довольно часто находил плотные образования в виде чрезвычайно болезненных узлов с иррадиацией не только в конечности, но и в разные участки туловища. Во время инъекций в ягодичную область пациенты часто испытывают боль, а иногда и болевые «прострелы в конечность («аж до мизинца!»).

Я впервые убедился в этом двадцать лет назад, когда, находясь в кабинете заведующего неврологическим отделением Кременчугской областной больницы, стал невольным свидетелем одного инцидента, заставившего пересмотреть некоторые взгляды на клиническую неврологию. В смежном кабинете медсестра вводила лекарства внутримышечно, и оттуда доносились возгласы пациентов (один из них приведён выше), которые и навели меня на размышления о травматическом характере происхождения неврологических болей.

В верхний наружный квадрант ягодицы вводятся вещества (жирорастворимые витамины, антибиотики и пр.), которые без необходимых разминающих манипуляций могут не рассосаться и образовать узлы. Иногда медсёстрам приходится вводить лекарства в мышцы бедра, так как игла уже не входит (!) в мышцы ягодиц. Клинические проявления от хронического

сдавливания такими узлами мышечных волокон и нервных корешков поясничного сплетения (ограничение движений и появление болей в позвоночнике с иррадиацией в конечность) могут поставить в тупик даже самого опытного врача. Поэтому опрос пациентов о наличии в анамнезе болей при проведении инъекций и пальпаторное диагностическое исследование области средней и малой ягодичных мышц стали для меня обязательными.

Я бы предложил вводить лекарства в заднюю область плеча. Во-первых, в этой области также нет крупных сосудов и, тем более, нервных стволов. Во-вторых, пациенту удобно и легко самостоятельно подготовить ткани плеча, размяв их перед инъекцией. И в-третьих, после инъекции можно также размять место укола.

Однако боюсь, что это не будет принято, так как многие лекарственные средства тканями не принимаются и не рассасываются. Могут возникнуть вопросы: «Как совершить очередной укол, если предыдущий ещё не рассосался?» и «Что делать с нерассосавшимся узлом? Пока такие вопросы не возникают, так как пациенты не в состоянии совершить самостоятельно глубокую пальпацию ягодичной зоны и, следовательно, не знают, что причина их страдания называется «постинъекционный травматический синдром».

К сожалению, некоторых пациентов мне приходилось отправлять на хирургическое иссечение подобных узлов, так как с помощью консервативного лечения их ликвидировать не удавалось. А вам уже известно, что любая причина должна быть обязательно ликвидирована. Если не убрать эти узлы, болевой симптом возвратится снова.

При сидячем образе жизни ягодичные мышцы также могут подвергаться хронической ишемии, которая вызывает в них развитие фиброзных процессов.

Не последнюю роль в развитии болевого процесса может играть поза, когда одна нога закладывается за другую. В этом положении хроническому растяжению подвергается грушевидная мышца, под которой (а иногда и непосредственно в ней) пролегает седалищный нерв. Становясь грубой по своей структуре, эта мышца может ущемлять указанный нерв, вызывая различные болевые симптомы. Любителей сидеть, положив ногу на ногу, я рассматриваю как потенциальных пациентов врача невролога.

Поэтому особое место в лечении области таза занимают приёмы, устраняющие патологические изменения в группе ягодичных мышц. Эту зону я бы поставил на второе место по своему патогенетическому значению в появлении триггерных зон и организации разного рода болевых симптомов после горизонтальной порции трапецевидной мышцы.

Связки между крестцом, копчиком и седалищным бугром я расслаблял следующими способами:

А) И.П. — больной лежит на животе. Вначале большими пальцами рук я разминал копчико-бугорную связку. Движения осуществлялись одновременно с двух сторон. Затем, добившись по истечении времени расслабления разминаемых тканей и появления тепла, я переходил к другому воздействию, так же с каждой стороны. Пальцы, установленные на середине связок, разводились в стороны, медленно растягивая ткани как «по радуге». В запущенных случаях для достижения лечебного эффекта я применял на этих связках сочетанный приём Шиатсу, усиленный дополнительным напряжением мышц, организуемым самим пациентом. Подобным образом я поступал и со средней ягодичной мышцей.

Напомню, что эта зона является одной из «ключевых в организме и способна формировать так называемые псевдокорешковые симптомы. В ряде случаев мне удавалось (посредством глубокой пальпации и описанных выше лечебных приёмов), воздействуя на эту зону, не только установить причину боли, но и провести эффективное лечение, не прибегая к другим приёмам МТ. Повторяясь, скажу, что некоторым больным с такого рода патологией из-за наличия упорных болей предлагалось оперативное лечение по поводу всё той же пресловутой грыжи диска в 3 миллиметра.

В первую очередь, особое внимание я уделял той стороне, которая на момент обследования являлась наиболее напряжённой. Для подтверждения стороны поражения я применял простой тест: ставил рядом двое напольных весов и просил пациента стать одной ногой на одни, а другой на другие. Боль заставляла «разгружать больную сторону, и разность в показании весов порой достигала от 5 до 35 кг.

Б) И.П. то же. Своим указательным пальцем я вначале исследовал, а при необходимости и воздействовал на крестцово-бугорную и бугорно-остистые связки через прямую кишку, в том числе используя технический приём, подобный постизометрической релаксации, или приём из Шиатсу с дополнительно применяемым мною элементом напряжения.

Эти подготовительные мероприятия позволяли снять напряжение с поясничной области. Однако сразу переходить к исполнению основного приёма МТ на поясничном отделе не целесообразно, так как существует ещё напряжение в шейном отделе позвоночника. Практика показала, что после расслабления мышц шеи поясничный отдел позвоночника готов к снятию блоков в ПДС, так как это взаимозависимые области. Да и следовая реакция в виде гиперемии и тепла на отработанных мышцах таза бывает более выраженной спустя какое-то время после окончания подготовительной процедуры.

3. Следующим отделом для проведения подготовительных мероприятий являлся шейный отдел позвоночника.

И.П. — пациент лежит на животе, положив голову на специальный валик или на тыльную поверхность сложенных рук. Стоя сбоку от пациента, я обеими руками с помощью приёма «роллинга» разминал мышцу, поднимающую лопатку, горизонтальную порцию трапецевидной мышцы и лестничные мышцы, добиваясь появления гиперемии, тепла и расслабления.

При наличии выраженных триггерных зон и узелковых дефектов в мышцах я приступал к специфическим приёмам, подробно изучаемым на практических занятиях.

Шейный отдел позвоночника является весьма специфичным как в отношении костных структур, так и в отношении мышц и связок. Если в литературе по ММ мануальные приёмы на ПДС этой зоны описаны достаточно полно, то приёмов по воздействию на мышцы и связки шеи и верхнего грудного отдела описаны недостаточно полно. Поэтому в ходе практической деятельности пришлось искать приёмы, которые были бы физиологичны, разнообразны и давали бы максимально быстрый и эффективный результат.

Сидя у головного края кушетки, я проводил специфические массажные манипуляции на шейно-грудном переходе в положении пациента как на спине, так и на животе, добиваясь полного расслабления глубоких мышц шеи и межрёберных мышц. Наиболее эффективным этот приём был для лестничных мышц и мышц, соединяющих ключицу и два первых ребра. К сожалению, не все

приёмы можно описать и тем более освоить по книге, особенно работая с таким отделом, как шейный. Для этого требуются практические занятия.

4. После завершения подготовки и расслабления мышечных и связочных структур в верхней и нижней частях тела, я переходил к исполнению основного приёма МТ на поясничном отделе позвоночника.

Я ещё раз подчёркиваю, что основным требованием проведения любого мануального приёма является, прежде всего, его безболезненность. Если при попытке совершить приём у пациента появляется или усиливается боль, это свидетельствует о том, что условия для проведения приёма не были созданы в полном объёме, и приём проводить нельзя.

И. П. — пациент лежит на здоровом боку, на краю кушетки. Нижняя нога вытянута, верхняя согнута в колене. Одна рука пациента лежит под головой, другая согнута в локте и приведена к туловищу. Внешне эта поза пациента напоминает цифру 8. Если боль была в поясничном отделе двусторонней, и при этом мне было трудно выбрать приоритетную сторону, я использовал тест с помощью двух напольных весов. Как правило, на той стороне, где патологический процесс был более выражен, осевая нагрузка на ногу была снижена. В этом случае для проведения приёма я укладывал пациента на условно здоровую сторону. Стоя сбоку от пациента, большим пальцем правой руки я фиксировал боковую поверхность остистого отростка вышележащего (краниально) позвонка, который необходимо было иммобилизовать. Чтобы усилить фиксацию, я просил пациента повернуть голову в противоположную от себя сторону, а верхнюю лопатку максимально приблизить к кушетке.

Именно при такой фиксации, обеспечивающей выключение вышележащих позвонков при скручивании, снятие функционального блока произойдёт в конкретно выбранном месте, а осложнений в виде постманипуляционного синдрома можно будет избежать.

Зафиксировав правой рукой позвонок, а левой — плечо пациента, я укладывал своё колено на колено пациента. Затем просил сделать вдох, задержать его на несколько секунд, постараться поднять колено со статическим напряжением, а потом выдохнуть и максимально расслабиться. В момент выдоха пациента я совершал манипуляционный толчок. Подчёркиваю, толчок, а не скручивание.

Как правило, приём сопровождался характерным щелчком, характер которого давал дополнительную информацию о происшедшем в области заблокированного ПДС. «Сухой щелчок свидетельствовал об обычном размыкании межпозвоночного сустава (как в пальце кисти), тогда как «глухой тон, с характерной вибрацией, свидетельствовал о репозиции позвонков.

Решающее значение в этом приёме имеет правильное расположение большого пальца врача. По крайней мере, от этого зависел успех лечения моих пациентов. В ММ описан ряд приёмов, проводимых на фоне ротации позвоночника с совершением дозированного толчка. При этом руки врача располагаются одна на плечевом суставе, другая на гребне подвздошной кости. По моему мнению, выполнение приёма с такой постановкой рук не даёт уверенности, что снятие блока произойдет именно в том месте, где это необходимо, а звуковой феномен особого смысла не имеет.

После выполнения приёма я давал пациенту несколько минут спокойно полежать на кушетке, а затем просил, лёжа на боку на краю кушетки, согнуть ноги в коленях, спустить их с кушетки, сесть, затем стать на пол.

Такой подъём важен не только после лечебных манипуляций, желательно использовать его всегда, так как выполняется он по правилам соблюдения гигиены поз и никогда не приводит к нежелательным последствиям.

После проведенного приёма я просил пациента походить, подвигаться и оценить состояние, как общее, так и местное, в разных отделах позвоночника. Если процедура была выполнена правильно, пациент отмечал значительное облегчение. Обращая внимание пациента на позитивные ощущения, я таким образом пытался закрепить положительные моменты лечения в его сознании.

5. Следующей областью воздействия, согласно алгоритму приёмов мануальной терапии, являлось лонное сочленение. Если были основания, я проводил приём, направленный на снятие функционального блока с лонного сочленения. Но сперва я проводил мероприятия по дополнительному расслаблению мышечно-связочного аппарата таза.

И. П. — пациент лежит на спине. Стоя сбоку и положив кисти рук на передние верхние ости подвздошных костей пациента, я плавными попеременными движениями раскачивал таз. Этот приём проводился несколько минут до появления тепла и ощущения расслабленности.

В тех случаях, когда требовалось усилить эффект, я проминал рёбрами ладоней паховые области пациента, мягкими и медленными движениями в направлении поперёк паховых связок.

Наибольшее расслабление наступало после устранения (методом обдавливания) болезненных уплотнений, расположенных с внутренней стороны гребней подвздошных костей и особенно лонного сочленения. Эта процедура на первом этапе воздействия чрезвычайно болезненна, но даёт такой результат, который невозможно достичь другими способами. Все пациенты после неё отмечали необыкновенную лёгкость в области живота и поясницы, и свободу движений.

Затем, в исходном положении пациента лёжа на спине, я просил его согнуть ноги в коленях, поставить пятки вместе и развести колени. Свою руку я ставил как распорку между коленями пациента и просил сделать глубокий вдох, задержать дыхание и с максимальным усилием постараться свести и удерживать некоторое время колени вместе. Примерно через 7 секунд пациент делал выдох и расслаблялся, а я убирал свою руку.

Во время напряжения в большинстве случаев был слышен характерный звук — сдвоенный щелчок (один принадлежал лону, а другой — подвздошно-крестцовому сочленению). Он означал репозицию подвздошных костей, за которой следовало ещё большее расслабление и появлялось ощущение разливающегося тепла в области живота и таза. Иногда тело пациента покрывалось испариной, что для меня являлось подтверждением достигнутого эффекта.

После этого я плотно обхватывал сведённые вместе колени пациента руками и просил сделать вдох, задержать дыхание и постараться развести колени в стороны, несмотря на моё сопротивление. Через 7 секунд такого напряжения пациент делал выдох и расслаблялся. Это действие было необходимо для снятия с мышц избыточного напряжения, которое могло появиться после репозиции в лонном сочленении.

Если репозиция достигалась на первом сеансе, в последующем этот приём я не повторял.

6. После разблокирования и мобилизации лонного сочленения я переходил к подвздошно-крестцовому суставу (ПКС). Напомню, что

функциональный блок в ПКС практически всегда сопровождается наличием блока в головном суставе (затылочная кость — атлант), что и отражено на представляемой схеме (См. фото 35 на цветной вклейке). Оба этих блока, как правило, являются односторонними. Поэтому, при жалобах пациента на боли в шейном отделе позвоночника, я не начинал лечение сразу с шеи, а предварительно занимался грудным отделом, тазом и ПКС. Многолетняя практика доказала правоту такого подхода.

Прежде чем приступить к подготовке и осуществлению мобилизационного приёма на ПКС, я проводил диагностику, чтобы убедиться в наличии в нём блока и определить степень ограничения движения.

На схеме показано наличие функционального блока ПКС справа и компенсаторной гипермобильности ПКС слева. Клинически это проявляется в виде болей, распространяющихся по левой стороне поясницы, таза и ноги, а также наличием большого количества застойных лимфатических узлов в районе правого ПКС, как результат блока и натяжения фасциальных оболочек.

Для того, чтобы эффективно провести приём по снятию блока в ПКС, необходимы подготовительные мероприятия. Сначала я использовал лечебные приёмы на «заинтересованных мышцах». Воздействие охватывало область широчайшей мышцы спины, дельтовидную, трапециевидную и мышцы, проходящие вдоль позвоночного столба (квадратные, длинные, многораздельные, косые). После этих мероприятий я проводил ПИР на длинных мышцах спины со стороны заблокированного ПКС. Она являлась завершающим этапом подготовки к проведению манипуляции на ПКС.

И. П. — пациент лежит на боку на больной стороне. Ноги согнуты в коленных суставах и приведены к животу. Нижняя рука лежит за спиной, а верхняя свободно свисает сбоку кушетки. Тело пациента слегка согнуто (во флексии). Одной рукой я упирался в заднюю поверхность плечевого сустава пациента, а пальцами другой слегка касался мышц поясницы, контролируя степень их напряжения и расслабления. Пациент задерживал дыхание на вдохе и сопротивлялся тому усилию, с которым я пытался прижать его плечо к кушетке (около 2–3 кг). Спустя 7 секунд пациент совершал выдох и расслаблялся, а я в это время, продолжая мягко нажимать на плечо, растягивал мышцы его спины. Этот приём повторялся несколько раз.

После этого я переходил к исполнению приёма МТ. Стоя сбоку от пациента и положив его колени себе на бёдра, я одной рукой обхватывал его стопы, а пальцы другой ставил на ПКС, чтобы контролировать его подвижность. Пациент делал вдох, задерживал дыхание и с небольшим усилием поднимал свои стопы, упираясь в мою руку. Через 7 секунд пациент выдыхал и, прекратив напряжение, расслаблялся. Стопы пациента опускались вниз до определённого уровня. Это свидетельствовало о наличии ограничения на этом уровне и служило сигналом для дальнейшего продолжения приёма. Приём повторялся несколько раз, стопы с каждым разом опускались все ниже, как по ступеням лестницы. Раскрытие заблокированного ПКС обычно сочеталось с максимальным опусканием стоп пациента вниз. По завершении приёма я укладывал ноги пациента на кушетку. После нескольких минут покоя пациент, поднявшись с кушетки, в движении оценивал эффект от проведённого приёма. Затем следовала повторная диагностика ПКС для подтверждения устранения блока.

Я отдаю предпочтение этому приёму потому, что он проводится мягко и комфортно для пациента, и всегда даёт положительные результаты. Мне не раз

приходилось убеждаться в том, что чем мягче и свободнее работаешь с телом, тем эффективнее и долговременнее результат.

Хочу подчеркнуть, что большую роль играет не столько прилагаемое усилие врача, сколько ответная реакция самого организма. Это саногенетическая реакция тела на восстановление утраченной функции. Иными словами — мы должны выбирать экологически «чистые приёмы (без грубого приложения силы), и предоставлять больше возможности самому организму участвовать в процессе его коррекции.

Необходимо также отметить, что данный приём может нести и диагностическое значение. На ранних этапах развития артроза тазобедренного сустава («коксартроз») при проведении данного приёма пациенты испытывали болевые ощущения в области тазобедренного сустава той ноги, которая находилась внизу. Напряжение или натяжение капсулы повреждённого тазобедренного сустава, сопровождающееся появлением специфической боли при опускании ног, ограничивало выполнение этого приёма. В последующем при рентгенологическом и тепловизионном исследовании артрозные явления подтверждались, хотя пациент не подозревал о существовании у себя этой патологии.

7. Выполнив все мероприятия в области таза, я переходил к подготовке и проведению приёмов МТ на шейном отделе позвоночника.

Хочу сразу предупредить, что эта область является самой сложной в практике всех видов ММ (будь то массаж или какие-либо другие виды воздействий руками) из-за своей уязвимости.

Основным определяющим моментом является позвоночная артерия и окружающие её ткани. При наличии патологических изменений физические усилия, прилагаемые к этой области, могут привести к самым серьёзным последствиям.

Поэтому обязательным условием перед проведением описываемых ниже приёмов является рентгенодиагностика шейного отдела в боковой проекции (с физиологическими пробами) и в прямой через открытый рот. Это необходимо, чтобы убедиться в отсутствии у пациента врожденных аномалий (патология Кимерли и пр.) и остеофитов в области верхних шейных позвонков, способных нарушить целостность проходящей рядом позвоночной артерии.

Структуры шейного отдела позвоночника очень ранимы, и небрежное или насильственное отношение к ним может привести к повреждениям, несовместимым с жизнью.

Несомненно, у врача должна быть разумная настороженность, но не должно быть страха. Для достижения успеха врачу необходимо знать основные правила исполнения приёмов, показания и противопоказания к ним.

Манипуляциям на шейном отделе позвоночника также предшествует подготовка мышц и связок этого района. Ранее я уже рассказывал о лечении задней группы мышц шейно-грудного перехода. Но в связи с тем, что шейный отдел требует к себе повышенного внимания, подготовка этого отдела должна быть более тщательной. Проведение манипуляций без подготовки, какими бы щадящими они ни были (например, остеопатические приёмы), не приведёт к желаемому результату, так как всё в конечном итоге замыкается на мышцах.

При изменении центра тяжести тела, длительном нахождении в неудобной позе или от ряда других причин, возможно, связанных с патологией внутренних органов (от лёгких до мочевого пузыря), мышцы шеи могут перенапрягаться. В них образуются различные локальные патологические изменения (миогелозы,

триггерные точки и пр.), которые ещё больше напрягают и укорачивают эти мышцы, готовя «почву для будущих смещений позвонков. При резком движении корпусом или головой, в любой, даже незначительной травматической ситуации подобное состояние мышц может вызвать смещение в суставах позвонков. В результате капсулы этих суставов будут перерастянуты, а сами суставы зафиксированы в патологическом состоянии. Вот почему не рекомендуется проводить манипуляции на шейном отделе, не добившись предварительно полного расслабления мышц и связок. И не только их. Не надо забывать и про внутренние органы, патология которых может оказывать косвенное влияние на ткани шеи.

Лечение тканей шейно-грудного отдела позвоночника я проводил с использованием двух исходных положений.

А) И.П. Пациент сидит на стуле, опершись на его спинку и опустив руки вдоль тела. Стоя за спиной пациента, я производил разминающие движения, используя предплечья и ульнарную часть ладоней. Эта поза удобна тем, что область воздействия простирается от сосцевидного отростка и края нижней челюсти до плечевых суставов.

Б) И.П. Пациент лежит на спине. Сидя у головного конца кушетки, согнутыми пальцами кистей, мягкими и глубокими движениями я проминал мышцы шеи.

Особое внимание уделялось таким мышцам, как грудино-ключично-сосцевидная, всем лестничным и особенно группе подзатылочных мышц. На процедуре я старался добиться такого состояния мышц, чтобы даже их глубокая пальпация не вызывала болевых и, тем более, иррадиирующих ощущений. При обнаружении уплотнений в области боковых поверхностей остистых отростков и на телах шейных позвонков воздействие проводилось на них с помощью несколько видоизменённых технических приёмов Шиатсу. Это сразу позволяло получить максимальное расслабление тканей всего региона и выраженный терапевтический эффект.

Такое специфическое воздействие на ткани шеи обладало, к тому же, диагностическим значением. Боль, возникавшая от пальпации патогенных зон и иррадиировавшая в разные области головы, косвенно указывала на участие этих областей в патологическом процессе, и они также нуждались в лечении.

Перед совершением основного приёма на шейном отделе я всегда проводил предварительную диагностику.

И. П. — пациент сидит на стуле. Стоя позади пациента и положив свои руки ему на надплечья, я, удерживая большими пальцами боковые поверхности остистых отростков шейных и верхнегрудных позвонков, просил пациента плавно поворачивать голову вправо и влево до естественной границы движения. Постепенно опускаясь сверху вниз по позвонкам (до 2-го грудного включительно), я проверял их подвижность. В норме величина смещения остистых отростков с обеих сторон одинакова, и я ощущал равномерность давления боковых поверхностей остистых отростков на свои пальцы. При патологии давление на палец ощущалось только с одной стороны. Это говорило о том, что движение исследуемого позвонка в противоположную сторону заблокировано.

Однако более информативным для меня являлся другой способ, с помощью которого направление манипуляции становилось конкретным.

И. П. — то же. Ставя пальцы своих рук на определённые точки (акромиально-ключичные сочленения — указательные пальцы, внутренне-

верхние углы лопаток — большие пальцы, головки плечевых суставов — средние пальцы), я просил пациента повернуть голову сначала в одну сторону, а затем в другую до физиологического ограничения движения. Пациент, совершив эти движения, сообщал мне о своих ощущениях и указывал, в какую сторону голова поворачивается дальше и свободнее. Со своей стороны я чувствовал под своими пальцами разницу натяжения тканей тела в момент наибольшего поворота головы. Сверяя свои ощущения с тем, что сообщал мне пациент, я выбирал направление предстоящей манипуляции.

В этом выборе я отдавал предпочтение ощущениям пациента, так как ограничение движения всегда сопряжено с блоком, и кто лучше самого больного может это прочувствовать?

Здесь, как и при проведении других приёмов, я соблюдал основное правило: направление манипуляции не должно идти в сторону ограничения движения и не должно сопровождаться появлением или усилением боли.

Есть ещё одно наблюдение, которое позволяло мне более тщательно подходить к выбору положения головы пациента относительно горизонтальной линии в момент проведения мануального приёма, связанного с ротационным движением.

Для себя я условно представлял шейный отдел позвоночника в виде трёхэтажного дома. Первый грудной позвонок и седьмой шейный я приравнивал к подвалу дома, шестой и пятый шейные — к первому этажу, четвёртый и третий — ко второму, второй и первый — к третьему этажу дома, первый шейный позвонок и затылочную кость — к чердаку. Ротационное движение головы, осуществляемое под разными углами, я использовал как диагностический приём, чтобы определить, на каком уровне находится блок, где необходимо произвести репозицию позвонков и под каким углом наклона головы.

Поэтому так актуальны положение головы пациента во время осуществления приёма, местоположение большого пальца опорной руки на остистом или поперечном отростке интересующего нас позвонка и направление вектора прилагаемого усилия.

Повторюсь, что именно конкретный подход при проведении мануального приёма всегда давал максимальный и быстрый эффект и не приносил никаких осложнений после манипуляции. Звуковых феноменов при этом добиваться не обязательно, так как в ряде случаев репозиция происходит мягко, беззвучно или самопроизвольно, спустя некоторое время после процедуры.

При положительном изменении качества и длины мышц, а также улучшении состояния дугоотростчатых суставов, изменяется центр тяжести тела пациента. В результате происходит включение в работу тех мышц, которые ранее не были должным образом задействованы. Это сказывается на межсуставных взаимоотношениях, которые при новом состоянии мышц могли изменяться с характерным звуком. Пациент при совершении произвольных движений мог слышать щелчки в области позвоночника или суставов. По моему мнению, таким образом осуществлялась, так называемая, суставная «пересборка». Спустя некоторое время эти щелчки исчезали.

Когда заблокированный позвонок был определён, и подготовительные мероприятия были проведены в полном объёме, я приступал к проведению основной манипуляции.

И. П. — то же, что и при диагностике. Поместив большой палец одной руки на боковую поверхность остистого отростка нижележащего позвонка

(заблокированного ПДС), второй рукой, согнутой в локте, я обхватывал пациента за голову, при этом локтевая ямка моей руки находилась на уровне подбородка пациента. Попросив пациента расслабиться и совершая мягкую тракцию по оси позвонков на фазе выдоха больного, я проводил манипуляционный толчок.

Были случаи в моей практике, когда ограничение движения позвонков наблюдалось в обе стороны одинаково, и пациент ощущал боль при повороте головы или при повороте туловища в обе стороны.

В этом случае я воздерживался от манипуляций, связанных с ротационными движениями. На этом этапе лечения я заменял их мягкими, тракционными приёмами, прилагая минимальные усилия, но увеличив время воздействия, или откладывал решение этой задачи до следующего сеанса. Необходимо, чтобы ситуация «созрела. Порой полезно предоставить организму время для саморегуляции.

По моему мнению, применение приёмов на фоне полного расслабления давало мозгу возможность «видеть проблемные зоны и самому включаться в их ликвидацию. Иногда снятие блока происходило самопроизвольно (спустя некоторое время после лечебного сеанса) при совершении пациентом ротационного движения головой или туловищем. При этом он ощущал некий щелчок, после которого исчезала боль. Чаще всего это происходило с теми пациентами, с которыми я работал с помощью мягких техник. Такие техники особенно хороши для пациентов, имевших в прошлом негативный опыт грубых манипуляций или страх перед данным видом лечения. Единственным «недостатком мягких техник является то, что разрешение проблемы занимает не 1–3 сеанса, как обычно, а значительно больше.

Не стоит огорчаться, если на процедуре из-за боли не удалось провести приём МТ. По этому поводу вспоминаю слова профессора Й. Фосгринга, Генерального секретаря Всемирной ассоциации ММ: «Если на процедуре вы добились положительного результата на 10–15 %, можете быть довольными и отпустите пациента до следующего сеанса.

8. После мобилизации и снятия блока с шейного отдела я переходил к заключительному приёму — устранению блока в атлanto-затылочном суставе. В этом отделе позвоночника, как правило, чаще всего встречаются две патологии.

Первая, когда затылочная кость смещается по отношению к атланту. Чаще всего это происходит при ударах в затылок или лоб, при хлыстовой травме или при хронической привычке читать лёжа.

Вторая, когда второй шейный позвонок, ротируясь, смещается по отношению к первому и затылочной кости, отклоняясь в одну из сторон. Эти изменения довольно хорошо «читаются на рентгеновских снимках, произведённых через открытый рот.

Изменения в этом отделе позвоночника наиболее часто связаны с изменениями в пояснично-крестцовом переходе и под-вздошно-крестцовых суставах, что достаточно полно освещено в специальной литературе. Остановлюсь только на тех моментах, которые, на мой взгляд, имеют первостепенное значение.

Сперва я проводил диагностику атлanto-окципитального сустава.

И. П. — пациент лежит на спине. Стоя у головного конца кушетки, я укладывал правую руку на правую часть головы пациента таким образом, чтобы подушечка среднего пальца находилась на торце поперечного отростка атланта,

а ушная раковина была расположена между средним и безымянным пальцами. Положение остальных пальцев — произвольное. Затем я поворачивал голову пациента вправо и укладывал свою левую руку таким образом, чтобы край мизинца лежал вдоль края нижней челюсти пациента. Приготовившись к диагностическим движениям, я просил пациента проследить за тем, что будет происходить у него под затылочной костью при поворотах головы в одну и в другую стороны. Важно, чтобы пациент сообщал о том, где конкретно он чувствовал боль, ограничение подвижности, напряжение или неприятные ощущения, и с какой стороны эти ощущения были более выраженными. Подняв голову пациента до первых ощущений ограничения, я поворачивал её в сторону и синхронно, двумя руками производил качательные движения. После этого, изменив положение своих рук на противоположное, я проводил исследование другой стороны. Пациент рассказывал мне о своих ощущениях, а я сверял их со своими, и, если была необходимость, повторным исследованием уточнял результат.

В норме такие движения головой не приносили никаких неприятных ощущений, тогда как при патологии ограничения движения и неприятные ощущения всегда имели место. И при определении ограничения наиболее весомыми были ощущения самого пациента.

После определения, в какую сторону голова поворачивается свободней, я переходил к исполнению самого приёма. Я поворачивал голову пациента в здоровую сторону, подкладывал основание своего второго пальца под боковую поверхность шеи в районе заблокированного позвонка, второй рукой приподнимал голову до ограничения и на фоне лёгкой тракции шеи производил манипуляционный толчок. Выполняемый толчок должен был быть выверенным по силе, направлению и, что очень важно, по амплитуде. Движение головы не должно было превышать нескольких миллиметров. Только при выполнении перечисленных условий можно было говорить об ограниченном толчке, а не скручивании. При правильном исполнении это движение не вызывало боли или неприятных ощущений.

При контрольном тестировании после манипуляции сразу определялся феномен «освобождения движений головой». Если до процедуры пациент, лёжа на животе, мог свободно положить голову набок только на одну сторону, то после правильно проведенного приёма он с лёгкостью укладывал голову как на одну сторону, так и на другую. Это состояние свободы сохранялось на долгие годы, если, конечно, не происходило какого-либо травмирующего прецедента.

На этом этапе я мог считать основную задачу лечения выполненной. Я воздействовал на тело в той последовательности, которая приносила расслабление последующей зоны, предопределяя возможность корректирующего воздействия, но не приводила к осложнениям или обострениям ни во время процедуры, ни после неё. Это напоминало передачу усилия от одной шестерёнки к другой, как в часах.

Представленный алгоритм, конечно же, не исключал применения и других приёмов из арсенала ММ, если они органично встраивались в прилагаемую схему

Тем, кто только начинает свою практическую деятельность или считает работу с шейным отделом рискованной, можно посоветовать выполнять приёмы мягко, если можно так выразиться, гомеопатически. Предварительно проведя подготовку региона шеи, осуществляя мягкую тракцию двумя руками за нижнюю челюсть и затылочную кость, врач медленно поворачивает голову

пациента в каждую из сторон. Эта манипуляция осуществляется в течение 10–15 минут на протяжении нескольких сеансов.

Следующим мягким приёмом может быть снятие блока с верхнешейного отдела позвоночника.

И.П. — то же. Врач, попросив пациента приподнять голову, подсовывает под неё согнутые пальцы своих рук таким образом, чтобы кончики пальцев расположились на границе затылочной кости и атланта. По мере расслабления мышц шеи, голова пациента будет постепенно отклоняться назад, пока не ляжет в ладони. Повторяя эти движения от сеанса к сеансу, можно добиться исчезновения у пациента ограничений в шейном отделе позвоночника, хруста и «шелеста в шейных позвонках, прекращения головокружения и головной боли.

Время, за которое голова полностью опускалась в мои ладони, служило для меня своеобразным диагностическим признаком, указывающим на запущенность патологии и наличие заблокированных позвонков. В норме расслабление мышц шеи происходило за 7—10 секунд, в то время как при патологии время возрастало до нескольких минут.

Остается только ответить на вопрос: сколько сеансов МТ требуется для того, чтобы снять блоки с ПДС, ПКС, лонного сочленения, головных суставов, позвоночно-рёберных суставов? Я затрачивал на это от одного до трех сеансов. Остальное время уходило на лечение патологии кожных покровов, мышц, сосудов и внутренних органов. Когда имелись дегенеративные изменения в суставах, связанные с нарушениями обменных процессов или гормональной сферы, лечение которых требовало длительного времени, пациентам давались указания по организации режима домашнего лечения.

ВЫВОДЫ

Проведение приёмов мануальной терапии следует осуществлять в определённой последовательности.

Локальная боль в одном отделе позвоночника не даёт право на лечение только этого отдела. Как правило, в цепи болезни существуют и другие патологические звенья. В поле зрения врача должны попасть и мышцы, и связки, и суставы, и внутренние органы.

Любой приём в обязательном порядке должен сопровождаться предварительными мероприятиями.

Проведение мануального приёма без предварительной подготовки и на ограниченном количестве сегментов позвоночника приводит в последующем к возврату и хронизации болевого синдрома и появлению других, сочетанных нарушений.

Основные приёмы выполняются первыми. Они сразу решают такую проблему, как восстановление статокинетического баланса тела, устранение болевого симптома и патологической осанки.

Повторные манипуляционные приёмы, проводимые из сеанса в сеанс, не требуются, так как не несут никакого логического смысла. Это время лучше использовать на лечение внутренних органов и других тканей.

Дополнительные приёмы проводятся, как правило, на втором этапе лечения. На их выполнение требуется большее количество времени. Они проводятся до тех пор, пока не будут устранены все найденные врачом патологические изменения. Важно не оставить без внимания даже самые

незначительные отклонения от нормы и ликвидировать все звенья патологической цепи.

И самое главное — соблюдать описанную выше последовательность работы с различными областями.

МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ЖИВОТА

Мануальная терапия внутренних органов находит всё большее число своих приверженцев как альтернатива таким видам лечения, как хирургия и аллопатия. Уникальность этой методики состоит в том, что воздействие на внутренние органы осуществляется почти непосредственно, за исключением сердца и лёгких, прикрытых грудной клеткой. Можно привести достаточное количество примеров, когда больные, «приговорённые к операции или к длительному применению лекарств, полностью выздоравливали, пройдя лечение висцеральной мануальной терапией.

Приёмы мануальной терапии органов брюшной полости получили распространение лишь в последнее время, хотя их истоки уходят в глубину веков. Например, в народной медицине большое значение уделялось пупку. Прежде чем приступить к лечебным процедурам на внутренних органах, больному предварительно «развязывали (старый специфический термин народной медицины) пупок, используя различные мази как при непосредственной работе с пупком, так и в виде последующих аппликаций. На область пупка применяется вакуумная терапия. Ранее это действие называлось — «бросить горшок. Также на область пупка ставились пиявки. Эти методы и сегодня находят успешное применение в целительской практике. При ликвидации пупочных грыж у младенцев народные целители использовали особую щипковую технику, при которой необходимость в оперативном вмешательстве отпадала.

К сожалению, практический опыт народной медицины не был освоен и описан официальной медициной, и на сегодняшний день многие методики утрачены. Часть сведений, приводимых в этой главе, получены мной при обучении у одной из народных целительниц на Волге.

Тем не менее, сохранились методы и приёмы, которые испокон веков использовались на Руси и до сих пор применяются при «лечении живота в поселениях староверов в Сибири. Благодаря А. Огулову, основателю Российской Ассоциации висцеральной хиропрактики, эти приёмы народной медицины стали известны и получили дальнейшее развитие.

Описание приёмов мануальной терапии внутренних органов есть и у зарубежных авторов (Р. Стоун, Ж.-П. Барраль и др.), однако, по моему мнению, приёмы старорусской висцеральной хиропрактики являются наиболее доступными и эффективными.

Мануальная терапия внутренних органов находит всё большее число своих приверженцев как альтернатива таким видам лечения, как хирургия и аллопатия. Уникальность этой методики состоит в том, что воздействие на внутренние органы осуществляется почти непосредственно, за исключением сердца и лёгких, прикрытых грудной клеткой. Можно привести достаточное количество примеров, когда больные, «приговорённые к операции или к длительному применению лекарств, полностью выздоравливали, пройдя лечение висцеральной мануальной терапией.

Методы висцеральной терапии конкретны, многопрофильны и экологичны. Например, на первом же сеансе при пальпаторном обследовании желудка определяется его местоположение, подвижность, чувствительность, а также взаимозависимость посредством связок, нервов, сосудов, спаек с другими прилежащими органами. Причём, приёмы этого исследования несколько отличаются от методов, принятых в классической пропедевтике внутренних болезней.

Непосредственно за обследованием желудка выполняются терапевтические манипуляции, позволяющие расслабить и снять боль с напряжённого и болезненного желудка, не прибегая ни к спазмолитическим, ни к обезболивающим средствам. Если желудок опущен или приподнят, его можно вернуть в физиологические границы. Если между желудком и соседними органами и тканями есть спайки, можно их растянуть и снять напряжение с внутренних органов. И так можно поступить практически с каждым органом.

Многопрофильность метода заключается в том, что врач, вооруженный технологией мануальной терапии внутренних органов, может работать с каждым внутренним органом или участком тела, не ограничиваясь рамками своей специализации.

И что может быть экологичнее исцеляющих рук врача? Конечно, при условии, что врач сам является здоровым человеком и не передаёт информацию о своих заболеваниях пациенту.

Между руками врача и внутренним органом пациента располагается только кожно-подкожный покров. Кожа, мышцы и брюшина легко сминаются при нажатии на них пальцами рук и особого препятствия для воздействия на внутренние органы не представляют. Такое воздействие на внутренние органы имеет соответствующие показания и противопоказания (А. Огулов, 1994 г.). Поэтому любое действие врача всегда должно начинаться с диагностики. В данной главе я остановлюсь на некоторых аспектах диагностики и лечения, которые, на мой взгляд, недостаточно полно освещены в литературе по мануальной терапии, и их также нет в классической пропедевтике внутренних болезней.

Одной из диагностических зон является пупок и непосредственно прилегающие к нему ткани. Сведения о функциональной диагностике этой области крайне скудны, по всей видимости, из-за её малой значимости в официальной медицине. Даже в плане простого пальпаторного исследования брюшной полости нет прецедента обследования пупка, если только сам больной не пожалуется на него.

Пупок представляет собой втянутый рубец с кольцом соединительной ткани по периферии, образовавшийся на месте отпавшей пуповины. Через пуповину от матери к плоду идут кровеносные сосуды, желточный проток, а также нервные волокна, иннервирующие эти образования. После отпадения пуповины отверстие пупка закрывается, а проток и сосуды, проходящие в нем, запус- тевают. Однако и в спавшемся состоянии они все равно не утрачивают свою энергетическую связь с печенью, с почками и мочевым пузырём, с кишечником, с брюшной частью аорты. Наличие этой связи подтверждается, на мой взгляд, симптомами иррадиации, идущими при патологии от пупка в эти органы.

Пупок покрыт тонкой кожей, лишенной жирового слоя. В норме на термограмме он имеет более высокую температуру, чем окружающие ткани за счёт более тонкого покровного слоя. При патологии разница его температуры и

температуры окружающих тканей может быть весьма значительной (повышенной или сниженной) и служит ещё одним критерием в диагностике.

Метод обследования пупка прост и весьма информативен. Обследование пупка можно сравнить с обследованием триггерных точек кожи и мышц по Дж. Тревеллу, 1989 г.

Вначале я осуществлял визуальный осмотр пациента в положении стоя и обращал внимание на то, как выглядит пупок, втянут он или выпячен, расположен по центру живота или смещен в одну из сторон. В норме пупок располагается на средней линии живота, он слегка втянут по направлению к спине и не должен иметь признаков смещения, как в вертикальном, так и в горизонтальном направлениях. Смещение пупка вниз, вверх или в сторону, а также чрезмерная его втянутость или выпуклость может указывать на изменение положения внутренних органов, наличие спаечных процессов и пр.

Выпуклость пупка часто свидетельствовала о патологии соединительной ткани (как признак её несостоятельности) или повышении внутрибрюшного давления (А. Алексеев, 1997 г.). Такое состояние пупка косвенно указывало на наличие грыж в грудобрюшной или в тазовой диафрагмах.

После визуального осмотра я укладывал пациента на кушетку на спину и, стоя сбоку, определял смещение пупка относительно срединной линии.

Следующим этапом в исследовании пупка являлись замеры расстояния от него до правой и левой передней верхней подвздошной ости. В норме расстояние слева и справа было одинаковым. Когда же расстояние с одной стороны было больше, можно было предположить нарушение расположения костей таза или патологию внутренних органов. Это давало повод к осуществлению дифференциальной диагностики между строением костного скелета и состоянием внутренних органов. Измеряя расстояние от сосков до пупка у подростков и мужчин, можно было судить о наличии смещения внутренних органов (чаще всего желудка).

Завершив осмотр, я приступал к основному методу диагностики пупка — пальпации.

И. П. — больной лежит на спине, ноги согнуты в коленях. Стоя сбоку от пациента, я тыльной стороной кисти определял температуру пупочной области и соседних областей (если не было возможности провести тепловизионное исследование), а также напряжённость и подвижность как самого пупка, так и мягких тканей вокруг него. Затем, поставив средний палец правой руки на центр пупка, я плавно и медленно «погружался в него, определяя степень напряжения тканей, их подвижность и болезненность, а также место расположения брюшной аорты по её пульсации.

В норме аорта должна определяться слева от пупка (белой линии живота). Отклонение её в правую сторону от центральной линии, а также усиленная пульсация свидетельствовали о повышении тонуса аорты и, соответственно, отходящих от нее артерий, нарушении кровообращения внутренних органов, что сказывалось, в свою очередь, на их функциональной деятельности.

Затем, сместив кончик пальца от центра пупка к его периферии (к пупочному кольцу) на 12 часов (используя принцип часового циферблата), я пальпировал пупочное кольцо и ткани, сминая и сдавливая их. Поэтапно передвигая палец по направлению часовой стрелки, я обследовал таким образом всё пупочное кольцо. Пальпация осуществлялась с определённым усилием, чтобы более детально определить состояние исследуемых тканей.

Такой вид пальпации позволял выявить структурные изменения в исследуемых тканях и возможные патологические взаимосвязи с другими органами или частями тела. Когда при исследовании пупка пациент указывал место появления боли в другой части тела, я запоминал эту область и в последующем подробно её исследовал.

В норме ткани пупка мягкие, ровные и безболезненные вне зависимости от силы нажатия, осуществляемого, конечно же, в разумных пределах. При патологии в момент пальпации пупка могут определяться различные образования в виде узлов и тяжей (от мягких до жёстких) разной степени болезненности. При этом я отмечал ряд характерных реакций со стороны пациентов: ♦ Пациент не позволял притрагиваться к пупку из-за выраженной болезненности, неприятных ощущений или чувства «щекотки». По-моему мнению, это свидетельствовало о перевозбуждении рецепторов в тканях, а состояние «щекотки» я рассматривал как предболь, предпатологию, в основе которой лежало перевозбуждение вегетативной нервной системы. В норме у здорового человека чувства «щекотки» быть не должно. В моей практике встречались пациенты, которые годами не прикасались к пупку из-за боли или неприятных ощущений, не мыли его, имея в результате специфические корки из отмерших клеток кожи на месте пупка. В результате лечения у них исчезала патология в брюшной полости и связанные с этим болезненные ощущения в области пупка.

♦ При надавливании на пупок (даже незначительном по силе) появлялось учащение и усиление пульса, увлажнение кожных покровов, прилив тепла к голове и щекам. После лечения при повторной пальпации пупочной области эти вегетативные реакции больше не проявлялись.

♦ В месте глубокой пальпации пупка появлялись парестезии или боль, которая, как правило, иррадиировала в другие области, иногда на довольно большие расстояния. Направление иррадиации, как правило, всегда соответствовало стороне надавливания. Так, например, при пальпации пупочного кольца в направлении 10 и 11 часов иррадиация достигала района желчного пузыря, печени, правого лёгкого, правого плечевого сустава, правой руки, области правой лопатки или позвоночника. При пальпации на 5, 6 и 7 часов иррадиация распространялась в бёдра, в область промежности и прямой кишки, и т. д. Часто, при возникновении иррадиации в промежность от пальпаторного исследования области пупка в направлении 6 часов, я отправлял пациента на бактериологическое исследование мочи и соскобов из уретры (вагины), предполагая наличие у него инфекции, и, к сожалению, редко ошибался в своих предположениях.

Именно такое тщательное исследование пупочной области необходимо для выявления патологии и патологической взаимосвязанности органов и тканей.

Этой технологией должен владеть каждый мануальный терапевт, не оставляя без внимания ни одну зону. Например, причины так называемых сколиотических осанок связаны не только с патологией в структурах позвоночника. В моей практике были случаи, когда лечение области пупка и «заинтересованных» внутренних органов приводило к ликвидации проявлений сколиоза.

В ходе лечения описываемой области мною была выявлена характерная закономерность. В тех случаях, когда я занимался только областью пупка, не задействуя органы и участки тела, в которые распространялась болевая иррадиация, спустя некоторое время болезненность пупка возвращалась, хотя и

была несколько меньше, чем раньше. Когда же лечебным воздействиям подвергалась не только область пупка, но и те зоны, в которые иррадиировала боль, патологические изменения в пупке исчезали окончательно, а вместе с ними и симптом отдачи.

Далее, после проведения диагностики я приступал к лечению. Мягкими круговыми движениями против часовой стрелки я разминал уплотнения до их полного размягчения, добиваясь исчезновения боли и иррадиации в другие области.

Затем я проводил манипуляцию, направленную непосредственно на пупочное кольцо. Погружая в центр пупка пациента прижатые ногтями друг к другу большие пальцы рук, я мягко и плавно раздвигал пупочное кольцо в стороны. Сначала я выполнял это движение в продольном, а затем в поперечном направлении. Время удержания растяжения составляло от 15 до 30 секунд. Процедура могла иметь и несколько усложненный вариант, заключающийся в том, что сначала пупочное кольцо смещалось в сторону ограничения, а затем производилось его растяжение. В результате манипуляции полностью снималось спастическое состояние глубоких тканей пупочной области.

В завершении лечения, мягко захватив кожу вокруг пупка, я оттаивал её вверх. С помощью этого движения приходили в тонус те ткани, которые до этого были ослаблены, а также восстанавливался энергетический баланс тела.

Проведя необходимые манипуляции с тканями пупочной области, я приступал к работе с выявленными в ходе диагностики патологическими зонами.

Какое звено считать первичным в образовавшейся патологической цепи? Это патология в тканях пупка выразилась в виде узелковых образований и стала причиной иррадиации боли в другие части тела, или же патология внутренних органов отозвалась и зафиксировалась таким образом в тканях пупка? В конце концов, это не так важно, потому что технологический процесс охватывает все звенья патологической цепи. Главное то, что описанный выше метод исследования пупочной области позволяет определить патологию внутренних органов на доклинической стадии. Включение в процесс лечения области пупка позволяет расширить арсенал лечебного воздействия по ликвидации звеньев в патологической цепи болезни.

При правильном, внимательном и бережном обращении с тканями вокруг пупка никаких побочных патологических реакций не отмечалось, а лёгкой болезненностью, появляющейся при прикосновении к этой зоне на следующий день после процедуры, можно пренебречь.

Метод не представляет трудности в применении, информативен и эффективен. Он также может быть использован при всех вегетососудистых патологиях, сопровождающихся синдромами раздражения или угнетения вегетативной нервной системы.

Далее я хочу перейти к описанию других приёмов мануальной терапии живота, с помощью которых мне удавалось добиваться ощутимых результатов там, где предшествующие методы не давали желаемого эффекта.

Смещение внутреннего органа со своего «привычного места приводит к избыточному растяжению капсулы, а в других случаях и ткани самого органа и связок, удерживающих его, а также сосудов и нервов. Это не может не сказаться на его функции. Патология внутреннего органа ещё на доклинической стадии её развития заставляет подсознание создавать защитную реакцию в виде сколиотической осанки для обеспечения относительного покоя больного органа.

При этом происходит напряжение одних мышц и расслабление других. Это в свою очередь приводит к тому, что движения в туловище или конечностях могут сопровождаться ограничением и/или болевым симптомом. Так, растяжение стенок желудка приводит в начале к появлению диспептических расстройств, а затем к язвенной болезни. Эта патология сказывается на состоянии мышц бедра, вызывая, на первый взгляд, беспричинные боли в колене или стопе. Напряжение передней стенки живота приводит к появлению своеобразной сколиотической осанки в виде продольного кифозирования грудного отдела позвоночника с болью в межлопаточной области. Часто этому состоянию сопутствуют ограничения в движении рук с появлением боли в левом плечевом суставе и локте. Растяжение стенок желчного пузыря или его перекручивание приводит к дискинезии желчевыводящих путей и к последующей иррадиации болей в голову, правое плечо, сердце и другие области. При патологии почек появляется спазм мышц боковой поверхности шеи, что приводит к ограничению подвижности шейного отдела позвоночника и болям в плечевом поясе. Можно привести достаточное количество подобных примеров, подтверждающих наличие причинно-следственных связей патологии внутренних органов и других частей тела.

Раньше мне казалось, что для работы с телом помимо приёмов МТ вполне достаточно иметь в своем арсенале методы хиропрактического висцерального воздействия А. Огулова и висцеральной мануальной терапии Ж.-П. Барралья. Однако практика показала, что и этого недостаточно. Приведу пример. За медицинской помощью обратилась женщина, 43-х лет, с жалобами на боли в мышцах правого надплечья, плеча и правой лопатки. Она не могла поднять руку вверх, чтобы причесаться, не могла отвести её назад. Боли носили тупой, ноющий характер, как в покое, так и при движениях. Травм в анамнезе этой больной не было. Боль и ограничение в движении рукой возникли постепенно, примерно за полтора года до обращения. Сначала боли были незначительными и кратковременными, а затем стали постоянными. В больнице пациентке был выставлен диагноз: «Плече-лопаточный перартроз в стадии обострения и проведено лечение миорелаксантами, диклофен(ком и обезболивающими средствами (Сирдалуд). При рентгеновском исследовании лёгких и позвоночника, УЗИ внутренних органов патологических изменений выявлено не было, за исключением: в желчном пузыре были обнаружены признаки наличия хронического холецистита вне стадии обострения. Из физиотерапевтических средств применялись: магнитотерапия, диатермия, аппликации парафина. На седьмой день лечения в больнице боли резко обострились, и физиотерапия была отменена. На двадцатый день больная была выписана «в удовлетворительном состоянии. Спустя несколько дней после выписки все симптомы болезни возобновились, и больная обратилась за помощью ко мне. При диагностическом осмотре у пациентки не было выявлено каких-либо грубых нарушений со стороны плечевого и локтевого суставов, а также со стороны позвоночника. Тепловизионное исследование показало лишь незначительное повышение температуры в области горизонтальной порции трапециевидной мышцы справа и умеренное снижение её в области задней поверхности плеча. Пальпаторное исследование выявило болезненность и укорочение дельтовидной, плечевой и большой грудной мышц, а также мышцы, поднимающей лопатку справа. При обследовании брюшной полости было обнаружено напряжение и болезненность всей правой подрёберной области (область печени и желчного пузыря) и болезненность в районе илеоцекального клапана.

На первой процедуре я сосредоточил внимание на указанных мышцах. На зону гипертермии (трапецевидная мышца) я воздействовал криотерапией. Лечение внутренних органов провёл с помощью висцеральной хиропрактики по кругам взаимодействия. При воздействии на область печени и желчного пузыря я обратил внимание на иррадиацию боли в область правой лопатки и мышц плеча.

После первой процедуры боль уменьшилась примерно наполовину (со слов больной), но ограничение в движении рукой осталось. На следующей процедуре, проведённой через день, пришлось констатировать возвращение прежней боли. Это говорило о том, что необходимо изменить тактику лечения. Во время процедуры обдавливания области печени и желчного пузыря я просил пациентку дополнительно совершать движения рукой на стороне боли в разные стороны. В результате этих движений пациенткой было определено направление в сторону, в которую болезненные ощущения в тканях, находящихся под компрессией от моего надавливания, усиливались. Пациентка продолжала совершать движение рук до тех пор, пока не исчезли боль и чувство натяжения в тканях под моими руками. После процедуры пациентка впервые почувствовала значительное облегчение при движении больной рукой, боль в мышцах уменьшилась. Перед следующим сеансом пациентка отметила сохранение положительного эффекта, достигнутого на предыдущем сеансе.

При дальнейшей работе с областью живота неожиданным и удивительным открытием для меня стало то, что в момент обдавливания области илеоцекального клапана у пациентки помимо местной боли под моими руками появилась боль в плечевом суставе, очень похожая на ту, которая была у нее раньше. Дождавшись исчезновения боли под моими руками, я продолжал удерживать ткани в состоянии компрессии и попросил пациентку совершать движения правой рукой. Через несколько секунд боль в области клапана прошла, а вместе с ней исчезла и боль в области сустава. Следующее надавливание на клапан было уже менее болезненным. При движениях рукой во всех направлениях пациентка чувствовала появление напряжения в области клапана только при отведении руки за голову. Я же ощущал под своими руками смещение тканей в глубине брюшной полости в направлении движения руки пациентки. Причём я не чувствовал смещения мышц брюшного пресса, мне казалось, что это смещаются петли кишечника. Движения рукой пациенткой совершались до тех пор, пока не исчезли все негативные ощущения в области илеоцекального клапана. Со своей стороны я уже не чувствовал смещения внутренних органов.

К восьмому сеансу основные симптомы, на которые жаловалась пациентка, исчезли полностью. При диагностической пальпации печени и желчного пузыря болевые зоны и ирритацию я больше не обнаруживал. Оставшиеся три сеанса были посвящены завершению лечения органов брюшной полости, психофизиологической разгрузке и релаксации.

Подводя итог, я пришёл к выводу, что болевой синдром у данной пациентки возник как защитная реакция на патологию печени и желчного пузыря, так как эти органы условно связаны и с плечевым суставом, и с окружающими его тканями. Участие илеоцекального клапана, казалось бы, удаленного от региона плечевого пояса, подтверждает наличие принципа взаимозависимости различных органов и тканей в организме. Головной мозг на подсознательном уровне сформировал такой мышечный баланс, который позволил оградить органы, находящиеся в правом подреберье, от

дополнительного смещения и раздражения. Перенапряженные мышцы плеча и руки болью реагировали на любое физиологическое движение. Лечение печени, желчного пузыря и илеоцекального клапана, направленное на снятие в них застойных явлений, и совершаемое на фоне движений правой рукой, позволило устранить их взаимное влияние друг на друга. Я считаю, что в результате этих действий была устранена причина функционального блока, что позволило, не прибегая к различным манипуляциям на мышцах шеи, плеча и руки, добиться стойкого терапевтического эффекта.

Вспоминая больных со схожими симптомами, я думал: «Вот если бы я раньше знал, как решаются такие проблемы. Многими годами ранее я часто показывал пациентам зависимость правого плечевого сустава от состояния печени. Для этого просил пациента удерживать мою рубашку вместе с поясом брюк, а сам поднимал правую руку вверх. Ткани рубашки от пояса брюк до рукава натягивались, не позволяя мне до конца поднять руку. Объясняя происходящее, я проводил аналогию, как подобным образом подсознание приводит в напряжение и фиксирует те мышцы, сокращение которых может вызывать движение и раздражение пораженного органа. Но, к сожалению, дальше демонстрации дело не доходило. И только позже пришло понимание взаимосвязи и взаимозависимости внутренних органов и мышц конечностей. На основании этого были разработаны новые приёмы, позволяющие более быстро и эффективно справляться с патологиями подобного рода.

При лечении больных с патологией желудка, поджелудочной железы, селезёнки я просил осуществлять движения левой рукой, так как она условно «привязана к этим органам. Хорошие результаты были получены и при лечении кишечника, почек, мочевого пузыря, матки и её придатков. При этом использовался тот же подход, только движения осуществлялись ногами, как двумя одновременно, так и поочерёдно, в зависимости от поставленной задачи.

Наряду с другими приёмами, например, с движениями головой и одновременным удержанием заинтересованных тканей, появился метод с подключением диафрагм тела, когда при одновременном воздействии на ткани, их образующие, производились пассивные и активные движения головой и конечностями. Это позволяло ликвидировать более тонкие (незаметные на первый взгляд) звенья патологической цепи болезни. Неоценимую помощь приносит этот методический приём и при ликвидации напряжённых фасций с передней грудной стенки.

ВЫВОДЫ

Метод диагностики и лечения, использующий глубокую пальпацию, массаж и висцеральную терапию, основан на взаимосвязях зоны пупка с внутренними органами и частями тела.

Метод прост, экологичен, позволяет добиться хорошего лечебного результата в кратчайшие сроки. Обязательным условием является сочетанная работа не только с тканями пупка, но и с выявленными проблемными зонами.

Метод лечения, основанный на сочетании техники ишемической компрессии внутреннего органа с одновременным движением, совершаемым головой или конечностями, представляет собой дальнейшее усовершенствование висцеральной хиропрактики. Он прост в исполнении, эффективен по результату и может быть использован в тех случаях, когда имеется сочетанная патология.

ЛИМФАТИЧЕСКИЙ НАСОС

Метод лимфатического насоса достаточно прост, не требует дополнительных условий и большого количества времени и, по моему мнению, должен быть введён в арсенал лечебных средств по борьбе с любой патологией. Существует лишь одно условие — своевременность обращения за помощью. Нет ничего проще и лучше, чем профилактика.

С какой бы патологией не обратился ко мне больной, я, мануальный терапевт, положив руки на тело больного, прежде всего оцениваю состояние его поверхностных тканей. В каком состоянии они находятся и способны ли они быть хорошим проводником между моими руками и больными органами, чтобы помочь справиться с болезнью, или будут ещё одним препятствием на пути к выздоровлению? От их состояния очень многое зависит. Как, например, я смогу эффективно провести приём, если кожа «прилипла к подлежащим мышцам? И что делать, если она не берётся свободно в складку? Почему она такая холодная на ощупь и имеет выраженный сосудистый рисунок, что делать в этом случае?

Постоянно сталкиваясь с этими симптомами и отыскивая способы их устранения, я пришёл к выводу, что причину такой патологии следует искать в состоянии капиллярной сети и патологии обмена межклеточной жидкости. От качества межклеточной жидкости зависит жизнедеятельность самих клеток.

В норме межклеточная жидкость свободна от клеток крови и белков. При возникновении патологии они появляются в межклеточной жидкости, вызывая функциональные нарушения или органические поражения, как клеток тканей, так и самих лимфатических сосудов.

Из медицинской литературы известно, что нарушения во внутренних органах и тканях в большинстве случаев начинаются с патологии на периферии, прежде всего в коже и подкожной клетчатке проекционных зон органов (Э. Д. Тыкочинская, Е. Л. Мачарет).

В общей терапии вопросы нарушения лимфооттока, к сожалению, стоят не на первом месте. Чаще рассматриваются вопросы, касающиеся состояния артерий и вен. Это понятно и объясняется трудностью диагностики.

Однако, между констатацией факта патологии лимфообращения и моментом начала проведения необходимых лечебных процедур имеется своеобразная брешь. Поэтому я хотел бы остановиться на ряде причин, приводящих к патологии лимфы и лимфатических сосудов и рассказать о лечебных приёмах, с помощью которых можно добиться желаемых результатов.

Застойные явления, связанные с лимфостазом, имеют свои клинические признаки. Прежде всего — это отёчность тканей.

В норме межклеточная жидкость представляет собой состояние «золь, то есть такое физическое состояние жидкости, при которой она текуча и свободно перемещается в межклеточном пространстве. В быту это можно представить как крепкий бульон для будущего заливного, который в горячем состоянии может свободно занимать любое пространство. Однако, как только меняются определённые условия среды, меняется и физическое состояние этой жидкости. Стоит бульону постоять в прохладном месте, как он застывает, превращаясь в желе (состояние «гель»).

Межклеточная жидкость обладает достаточно большой скоростью свертываемости. Вы сами это могли неоднократно наблюдать, когда при

незначительной скарификации кожи на месте ранки появлялась жидкость желтоватого цвета. Она, как правило, очень быстро засыхала, образуя корочку.

Если к этому природному фактору добавить другие, патологические, то можно увидеть, как межклеточная жидкость переходит из состояния «золь в состояние «гель, которое имеет уже другие физические свойства. Однако полного перехода в состояние «гель не происходит за счёт компенсаторных, саногенетических реакций и поддержания достаточного температурного режима живого тела. Таким образом, в местах патологии тканей процесс останавливается на образовании полугелеобразного состояния жидких сред.

Основным фактором, приводящим к такому превращению межклеточной жидкости, является снижение температуры тканей ниже отметки в 33 градуса (собственное наблюдение, основанное на тепловизионной диагностике).

Коль скоро речь зашла о патогенетическом влиянии низких температур на ткани тела, а также о качестве крови в местах хронического дефицита тепла, следует привести пример, наглядно показывающий возможные размеры патологии. Однажды, осуществляя процедуру по чрезкожному кровопусканию (методом отсоса крови из поверхностных насечек на коже с помощью вакуумных банок), производимую с задней поверхности грудной клетки, где отмечались застойные явления в подкожном слое, я обратил внимание на то, что кровь в нескольких банках застыла. Я перевернул банку себе на ладонь, и из неё выпал сгусток, напоминающий кусок печени. Кровь в банке свернулась до такой степени, что её можно было брать пальцами! Когда я однажды, взяв таким образом кровь у пациента, отправил её на клиническое исследование, врач-лаборант пришла с вопросом: «Зачем вам понадобился анализ крови мёртвого человека?».

Когда межклеточная жидкость, переходя в гелеобразное состояние, избыточно накапливается в тканях тела, мы можем визуально наблюдать это в виде объёмного увеличения целого ряда частей тела.

Существует несколько видов отёков. Первый вид отёков тканей связан с воспалением. Это воспаление возникает в результате инфекционного, или местного аллергического (гипериммунного) процесса. Для него характерны проявления в виде: гиперемии, гипертермии, припухлости и болезненности.

Второй вид отёков связан с нарушением оттока лимфы и фильтрации жидкости из межклеточного пространства в просвет лимфатических и венозных сосудов. Для этих отёков характерны гипотермия, бледность кожных покровов (до синюшности), припухлость, гипестезия (пониженная чувствительность) кожи из-за нарушения трофики рецепторов кожи и снижения силы импульсов по афферентным волокнам, и глубокая гиперестезия из-за избыточного давления накопившейся жидкости на надкостницу.

Третий вид отёков связан с нарушением водно-солевого баланса и с выходом (выпотом) воды и белковых фракций в межклеточное пространство. Причиной развития отёков является повышенная проницаемость сосудов. Через рыхлые стенки капилляров в межклеточное пространство проникают белки плазмы крови. Это влечёт за собой выход в ткани воды, что и приводит к отёку. Белки в межклеточной жидкости, а также накопившиеся продукты метаболизма изменяют электропотенциал клеток тканей, оболочка клеток становится рыхлой и легко проницаемой для микробов и вирусов.

Первый и третий вид отёков достаточно полно изучены и описаны и не нуждаются в дополнительных комментариях. А вот второй вид заслуживает особого внимания, так как он протекает без симптомов, и больные не

предъявляют особых жалоб. Единственное, что их не удовлетворяет, так это внешний вид отдельных частей своего тела.

На самом деле, всё гораздо сложнее, и такое состояние таит в себе достаточно серьёзную угрозу для здоровья. Взять хотя бы такой орган, как сердце. При данном виде патологии сердцу приходится работать как хорошему спортсмену, чтобы «прогнать кровь через такие объёмы тканей, которые, к тому же, обладают повышенной плотностью. Поэтому кардиологи констатируют гипертрофию левого желудочка у людей, которые спортом всерьёз не занимались. Это состояние их тела привело к гипертрофии желудочка.

На первом этапе развития патологии сердца происходит физиологическое увеличение мышечной массы сердца и, соответственно, объёма камеры левого желудочка. Часто в заключении на ЭКГ можно прочитать: «...гипертрофия левого желудочка. На втором — старея, мышцы сердца с возрастом теряют и массу, и силу сокращения, тогда как объём желудочка остается прежним. В результате наступает сердечная недостаточность, и появляются уже системные отёки.

Учитывая распространенность симптома отёчного тела, неудивительно, что патология сердца и сосудов занимает ведущее место среди заболеваний человека.

Объёмные изменения в тканях многими специалистами расцениваются как ожирение и обозначаются с помощью расхожего, но ошибочного, с моей точки зрения, термина «целлюлит. При более детальном рассмотрении оказывается, что речь идёт не об ожирении, а о фиброзном процессе. Несомненно, в таких тканях имеются включения молекул жира, но не одни они обуславливают увеличение объёмов.

Если поверхностные ткани человека подвергаются многократному и длительному охлаждению, лимфа из жидкого состояния переходит в полутелеобразное. Во многом этому способствуют препятствия для свободного оттока лимфы, например, тугая одежда: бюстгальтер, резинки в колготках и носках, поясные ремни и пр.

Наиболее подвержены нарушению лимфооттока следующие зоны:

1. Область шейно-грудного отдела позвоночника — так называемый «женский горб и «наплывы на затылочной кости;
2. Задне-наружная поверхность предплечья и плеча;
3. Область под мышками и задне-боковой поверхности спины;
4. Передняя стенка живота — выше и ниже пупка;
5. Подреберная область сбоку;
6. Ягодичная область;
7. Область тазобедренного сустава и наружной поверхности бедра («галифе);
8. Внутренняя и передняя поверхности коленного сустава (болезнь Гоффа);
9. Передняя и внутренняя поверхность голени и область внутренней лодыжки.

При осмотре эти области, как правило, упруги, холодны на ощупь, болезненны при глубокой пальпации. Взять кожу в складку в этих местах не удаётся, так как кожа «спаяна с подлежащими тканями, и любое её смещение болезненно.

После посещения сауны или парной у некоторых людей на коже могут появляться бело-розовые пятна. Подобный симптом свидетельствует о наличии нарушений в периферических сосудах кожных покровов, связанных, в том

числе, и с явлениями лим- фостаза. К сожалению, хотя данный симптом и имеет достаточно широкое распространение, меры по его устранению не принимаются.

У многих, особенно у подростков, при несостоятельности сосудистой системы конечностей видны сиреневатые пятна на коже рук и ног (acroцианоз). Сами конечности постоянно холодные, даже летом. При запущенном состоянии эти пятна появляются на туловище.

К практическому решению вопросов, связанных с патологией лимфатических сосудов, меня подтолкнул случай. На одном из семинаров, проводившихся в Санкт-Петербурге, ко мне подошла женщина, и, представившись врачом-педиатром из Архангельска, попросила проконсультировать своего сына. Мальчику было 10 лет, выглядел он бледным, кожа была голубоватого оттенка и вся в синих прожилках, как рисунок на мраморе. Белки глаз неестественной голубизны, взгляд отсутствующий, как будто он смотрел в пустоту. Не лицо, а маска Пьеро. Он сидел на лекциях рядом с матерью и обращал на себя внимание необычной для своего возраста неподвижностью и заторможенностью.

Одной из тем, обсуждавшихся на семинаре, была лимфатическая система. Мама ребёнка специально взяла сына с собой, чтобы попытаться решить проблемы, связанные с его здоровьем. В Архангельске ребёнок был полностью обследован и прошёл лечение (аллопатическое, иглорефлексотерапию, гомеопатическое и физиотерапевтическое), но общее его состояние оставалось без изменения.

Передо мной стояла задача найти такие способы терапии, с помощью которых можно было бы восстановить функциональную способность лимфатических сосудов, не прибегая к аллопатии. Некоторые приёмы мне уже были знакомы. Это миофасциальные методы релаксации (МФР), которые я изучал у профессора из Дании Й. Фосгрина, остеопатические кранио-сакральные техники В. Фрайман, висцеральные приёмы Ж.-П. Барраля, хиропрактические приёмы старорусской медицины, описанные и дополненные А. Огуловым, а также приёмы прикладной кинезиологии.

В данном случае я применил несколько изменённые приёмы мануальной терапии, описанные ниже, К процедурам привлек маму мальчика в качестве ассистента. Уже через три сеанса, а проводили мы их ежедневно, ребёнка было не узнать. Изменения в его облике и поведении были настолько явными, что правильность выбранного метода лечения не вызвала сомнения. На коже исчезла синева и мраморность. Глаза ребёнка ожили, а в нём самом появились безудержная энергия и любопытство. За два оставшихся дня семинара никто не видел, чтобы он посидел хотя бы несколько минут спокойно. «Ну вот, выпустили джина из бутылки! — смеялась его мама.

Раньше для коррекции нарушений сосудов широко использовались физиотерапевтические методы: скипидарные ванны Залманова, гидромассажные ванны и души, ножные и ручные электрофорезные, родоновые, углекислые, серные ванны, медовый, вакуумный и вибрационный массаж. Некоторые из этих методов ещё сохранились, другие уже не применяются или применяются в ограниченных количествах. Эти процедуры занимают много времени, требуют специального оборудования и обученного персонала. Поэтому появилась необходимость в альтернативных способах восстановления лимфатических сосудов организма человека. Новые методы и технологическое оборудование

должны быть доступны врачам-практикам, работающим непосредственно с телом человека.

Приведу несколько приёмов, направленных на улучшение работы лимфатических сосудов. Практика показывает, что некоторые из этих приёмов лучше выполнять с ассистентом. Если речь идёт о детской практике, ассистентами могут быть родители детей. Ребёнку будет комфортнее, если в процессе лечения будет задействован кто-нибудь из его родителей, а родитель, который поучаствовал в лечебном процессе, сможет продолжить лечение своего ребёнка самостоятельно в домашних условиях.

Приёмам должны предшествовать диагностические мероприятия, помогающие оценить подвижность покровных и глубоких тканей и определить стороны ограничений движения. Тактика лечебных манипуляций строится на смещении тканей в сторону этих ограничений. Однако в некоторых случаях снять ограничение помогают движения и в противоположную сторону.

Результат следует оценивать в начале каждого сеанса. Частота и количество сеансов подбираются индивидуально. В одних случаях выраженный эффект дают ежедневные сеансы. В других — сеансы следует проводить 2–3 раза в неделю. Это зависит от того, как ткани будут реагировать на прикладываемое к ним воздействие. Если процедура вызывает резкую гиперемию, гипертермию и увлажнение тканей, сеансы следует проводить через 2–3 дня. В том случае, когда ткани реагируют недостаточно активно, без видимых вегетативных изменений, сеансы необходимо проводить ежедневно, а воздействие применять с силой выше порогового уровня раздражения.

Принцип выполнения приёмов заключается в воздействии на ткани в двух направлениях. Первое направление — по длине конечностей или туловища для растяжения тканей кожи, второе — скручивающее. Именно на такое объёмное воздействие мозг откликнется особым образом, исправляя дисфункции в теле посредством саногенетических реакций.

При воздействии на участки тела в продольном направлении стенки сосудов в подлежащих тканях сближаются, створки клапанов смыкаются, в результате чего нормализуется отток крови и лимфы.

Практическое применение одного из приёмов заключается в следующем:

И. П. — пациент лежит на спине. Врач обхватывает предплечье пациента своими руками со стороны локтя, а ассистент со стороны кисти. Руки обоих расположены у середины предплечья пациента на расстоянии 1–1,5 сантиметров друг от друга. По команде врача производится растяжение тканей по оси предплечья, и после достижения ограничения производится скручивание кожных покровов в разные стороны. Скручивание так же, как и натяжение, осуществляется до определённого ограничения движения. Достигнув этого ограничения, врач и ассистент прекращают дальнейшее скручивание и выжидают некоторое время, пока врач не почувствует, что натяжение покровных тканей предплечья ослабло. Тогда врач и ассистент возобновляют растяжение и скручивание тканей до следующего ограничения.

Таким образом, движения осуществляются каскадно: натяжение и скручивание до ограничения — ожидание — очередное натяжение и скручивание до ограничения — снова ожидание — и т. д.

Есть ряд моментов, на которых необходимо остановиться подробнее. В отличие от классического миофасциального расслабления (МФР), при котором сжатие (давление), растяжение и скручивание (смещение) производятся одномоментно (как по времени, так и по силе), и прикладываемые усилия

минимальны, в предлагаемом варианте растяжение и скручивание выполняются поочередно, с приложением достаточно больших усилий, тогда как давление в глубину тканей не производится, чтобы не пережимать сосуды. Всё зависит от тех задач, которые врач ставит перед собой, и от ответных реакций со стороны тканей пациента.

На практике приложение больших усилий требовалось там, где изначально определялась гипестезия кожных покровов. В этих случаях для дополнительной стимуляции рефлекторных дуг я прибегал к предварительному использованию локальных «стресс-реакций». Это — надпороговые раздражения, применяющиеся для того, чтобы вызвать возбуждение коры головного мозга и подкорковых образований, причём, сила раздражения была прямо пропорциональна эффекту лечения. Чем сильнее раздражение, тем выше ответная реакция центральной нервной системы, и тем быстрее восстанавливаются чувствительность и кровообращение в тканях.

При правильном выполнении приёма на коже появляется гиперемия, пациент ощущает растекающееся местное тепло. Конечность становится не только тёплой, но и лёгкой и свободной в движениях. Эти ощущения пациента служат свидетельством эффективности проведенного приёма.

В описанном выше случае после проведения диагностики и коррекции выявленных дисфункций со стороны позвоночника и внутренних органов мы приступили к непосредственной работе с сосудами. Начинали с дистальных отделов верхних, а затем нижних конечностей.

Приёмы выполнялись следующим образом: мы обхватывали двумя руками предплечье ребенка, причём, расстояние между нашими руками было минимальным. Далее следовало натяжение кожных покровов (NB! — только кожи) по оси конечности со скручиванием их в разные стороны до выявления ограничения движения. По истечении определённого времени удержания ограничение исчезало, что позволяло произвести дальнейшее растяжение и скручивание. Так повторялось несколько раз. Затем направление скручивания менялось, и всё повторялось снова. Отработав таким образом на одной зоне, мы переходили к следующей (в проксимальном направлении) и заканчивали работу с верхней конечностью у плечевого сустава. Так же мы отработывали и с нижними конечностями, начинали на голени, а заканчивали у тазобедренного сустава. (При работе с детьми надо соблюдать одно условие: давление на ткани по направлению к кости должно быть минимальным, чтобы не пережимать венозные и лимфатические сосуды.) После конечностей мы переходили к передней и задней поверхностям туловища. Я укладывал свои руки на область больших грудных мышц на уровне сосков, тогда как мама мальчика располагала свои на нижней части грудной клетки под сосками. Одновременно мы проводили натяжение кожных покровов вдоль оси тела с последующим скручиванием — я в одну сторону, а она в другую. После того как смещение тканей достигало стадии ограничения, наступал период ожидания, и как только напряжение тканей исчезало, натяжение и скручивание продолжалось до очередного ограничения. При этом давление на ткани туловища в глубину было минимальным.

В детской практике выполнение этого приёма не представляет особых трудностей, так как объёмы туловища и конечностей у детей небольшие.

Родителям детей я давал задание на дом — ежедневно раскачивать ребёнка за конечности, начиная с 30 секунд до одной минуты. Моей задачей было научить родителей правильному удержанию ребёнка за руки и за ноги, чтобы приоритетным было натяжение кожных покровов конечностей (а не их крепкое удержание), так как только оно обеспечивает необходимое воздействие на сосуды и даёт терапевтический эффект. Для этого захват конечностей должен осуществляться за мягкие ткани нижней трети предплечья и голени. Частая ошибка заключалась в том, что родители были не внимательны при инструктаже и держали ребёнка, либо сильно сдавливая ткани конечностей, либо захват осуществлялся слишком низко (близко к суставам), что причиняло неприятные ощущения детям. Правильное исполнение этого приёма вызывает повышение активности у детей, эта процедура им нравится, и они снова и снова просят их покачать. Особенно актуален этот простой приём у детей и подростков, имеющих отставание в росте. Здесь нагрузка ложится на ростовые зоны костей, происходит их стимуляция.

Во взрослой практике многое зависит от физических возможностей как врача, так и пациента. В тех случаях, когда процедура осуществляется с ассистентом, возможности и эффективность воздействия увеличиваются.

Приведу ряд приёмов, помогающих восстанавливать лимфо-отток. Одни приёмы направлены на повышение тонуса стенок сосудов. Другие — на сократительную способность клапанов. Их стимуляция напоминает мне работу насоса. Поэтому эта глава и названа — «лимфатический насос».

1. И. П. — пациент на спине. Я садился в торце кушетки и укладывал голову пациента на свои колени. Перед проведением процедуры я просил пациента сообщать мне, если при манипуляции у него появятся боль в области шейного отдела позвоночника, шум в ушах, мелькание мушек перед глазами или головокружение. Затем я клал свою правую ладонь на рукоятку грудины в продольном направлении, а левую — на нижнюю часть подбородка, фиксируя под руками только кожный покров. Далее следовало лёгкое растяжение кожных покровов в краниально-каудальном (по оси тела) направлении до появления ограничения. Ощувив под руками, что кожа больше не растягивается, и сохраняя это натяжение, я медленно опускал голову пациента, разводя в сторону свои колени. Это движение осуществлялось очень медленно. Кожа пациента между подбородком и грудиной натягивалась, а мои руки расходились в противоположных направлениях. На выполнение этого приёма, как правило, уходило примерно 60–70 секунд. Когда голова пациента полностью опускалась вниз, я давал несколько секунд пациенту полежать в таком положении, а затем плавно поднимал голову пациента и укладывал её снова себе на колени. Приём повторялся несколько раз до появления у пациента вегетативных реакций и полного расслабления.

При выполнении приёмов такого рода я всегда придерживался одного правила: не допускать скольжения своих ладоней по коже пациента. Только «приклеив свои ладони к коже пациента, можно добиться максимального растяжения в местах воздействия».

Если приём был проведен правильно, пациент не испытывал неприятных ощущений, кроме сильного растяжения кожи на передней поверхности шеи. По завершении приёма ощущение растяжения сменялось приливом тепла в шее, которое могло распространяться на область груди и головы

При наличии боли в шейном отделе позвоночника в ходе проведения приёма, а также для усиления лечебного эффекта я использовал приём постизометрической релаксации для расслабления мышц шеи.

Если во время проведения процедуры у пациента появлялись шум в ушах, мелькание мушек перед глазами или головокружение, выполнение приёма я прекращал и заменял его другим, более щадящим.

2. И. П. — то же. Положив голову пациента себе на колени, я поворачивал её в одну из сторон до появления ограничения движения. Одну руку я укладывал на область большой грудной мышцы пациента, а другую — ульнарным краем ладони на край нижней челюсти. Создав натяжение кожных покровов между руками и зафиксировав это положение рук, я медленно опускал голову пациента вниз. Время выполнения приёма составляло около 1 минуты. Полное разгибание головы совершать не обязательно, если это неприятно пациенту. Важно соблюдать принцип растяжения тканей. Этот приём я повторял несколько раз, пока не добивался эффекта расслабления и местной гиперемии. Затем я повторял процедуру, но уже с другой стороны.

Приёмы эффективны при патологии сосудов головы и шеи, так как позволяют нормализовать в них приток и отток крови.

3. И.П. — пациент лежит на спине. Одна его рука лежит вдоль тела, другая вытянута в противоположном направлении. Я укладывал ладонь одной руки на область большой грудной мышцы пациента, а другой рукой удерживал вытянутую руку пациента, держа её за запястье. По моей просьбе пациент задерживал дыхание на вдохе, поднимал руку вверх с незначительным усилием, тогда как я в это время оказывал сопротивление движению руки пациента. Спустя 5–7 секунд я просил пациента выдохнуть и расслабиться. В момент расслабления, сместив кожу над большой грудной мышцей в каудальном направлении до ограничения, я другой рукой тянул руку пациента на себя и, разгибая её в плечевом суставе, прижимал к кушетке. Такое растяжение тканей совершалось в течение 20–30 секунд. Приём повторялся 3–5 раз, затем я переходил к другой стороне тела.

Этот же приём я исполнял на тканях подмышечной впадины. Для этого перемещал свою ладонь на боковую поверхность грудной клетки, вначале ниже подмышечной впадины, а затем прямо на неё, а другой рукой удерживал предплечье пациента. Далее следовала фаза напряжения, после которой в момент расслабления я отводил руку пациента в сторону, совершая тем самым смещение кожных покровов относительно подлежащих мышц.

Хочу обратить внимание на частое появление на коже ярких узких полос гиперемии, располагающихся поперечно растяжению, что свидетельствует о наличии хронического спаечного процесса между тканями кожи, покровной фасцией и подмышечными фасциями. Как правило, в этих местах есть кожные и мышечные триггерные узлы. При натяжении кожи они зачастую хорошо видны даже визуально в виде выступающих белых узелков.

По моему мнению, это свидетельствует о наличии фиброзных процессов. При таком поражении тканей часто возникают болевые симптомы, ошибочно диагностируемые как «плече-лопаточный периартроз, «шейный радикулит, «неврит плечевого сплетения и др. Устранение такого спаечного процесса и триггерных узлов всегда приводило к исчезновению патологических процессов в этой области.

Этот приём эффективен также при устранении поперечной сутулости спины (из-за укорочения грудных мышц) и при сердечно-лёгочной патологии (укорочение и напряжение передней зубчатой и большой круглой мышцы).

4. И.П. — то же. Сидя рядом с кушеткой, я обхватывал предплечье пациента двумя руками, слегка сжимал кожные покровы руки и тянул их на себя. Затем просил пациента сделать вдох, задержать дыхание и тянуть руку в обратном направлении с небольшой статической нагрузкой. Это напряжение длилось 5—10 секунд, после чего пациент расслаблялся, а я продолжал натяжение, как будто хотел стянуть кожу с его руки, как перчатку. Этот приём повторялся 3—5 раз. Затем воздействию подвергалась другая рука.

5. И. П. — то же. Сидя сбоку кушетки, я ладонью правой руки прижимал нижнюю треть плеча пациента к кушетке, а другой рукой удерживал за предплечье руку пациента под прямым углом к кушетке. Далее я смещал свою правую ладонь в проксимальном направлении (к плечевому суставу), натягивая таким образом кожные покровы плеча, и, дойдя до ограничения, фиксировал его. А другой рукой плавно разгибал руку пациента в локтевом суставе. При этом происходило смещение кожи и поверхностной фасции относительно фасций мышц. Сила натяжения кожных покровов и скорость разгибания руки выбирались мной произвольно, исходя из реакции тканей на воздействие. Этот приём совершался несколько раз до достижения гиперемии, чувства тепла и расслабления тканей.

6. И.П. — то же. Приём проводился точно так же, как и предыдущий, на уровне нижней трети предплечья. Кожные покровы натягивались за счёт предварительно согнутой кисти. Таким образом, лечебное растяжение происходило при разгибании кисти в запястье.

Впоследствии появилась модификация приёмов №№ 5,6, которая давала более выраженный терапевтический эффект.

И.П. Пациент, лёжа на спине, сгибал руку в локте под прямым углом, пальцы кисти сжаты в кулак. Я обхватывал предплечье пациента на уровне запястья двумя руками и с достаточной силой натягивал кожу вниз по направлению к локтю. Зафиксировав, таким образом, это натяжение, я просил пациента совершать движения кистью в разные стороны. Таким образом определялась сторона наибольшего сопротивления. Пациент совершал движения (сгибания и разгибания) в этом направлении до тех пор, пока не исчезало чувство ограничения. При необходимости отрабатывались движения по всем возможным направлениям. Затем я перемещал свои руки на ширину ладони вниз, и пациент снова производил движения кистью. И так воздействия продолжались до самого локтя.

Далее следовала работа с плечом. Принцип этого приёма я переносил и на нижнюю конечность. Чаще всего это касалось голени у взрослых, так как захватить бедро не представлялось возможным.

Эффект от подобного воздействия был настолько ярким, что пациент «не чувствовал своих рук — настолько они становились лёгкими, воздушными».

7. И.П. — то же. Используя описанный выше принцип предварительного натяжения тканей, я работал с пальцами рук. Воздействие осуществлялось на их ладонную поверхность. Вначале сгибается первая фаланга пальца пациента.

Затем, своим большим пальцем я натягивал и удерживал кожу в проксимальном направлении и далее пальцами другой руки производил медленное разгибание фаланги, добиваясь тем самым снятия напряжения с мышц и улучшения кровообращения тканей. Далее воздействию подвергалась следующая фаланга и т. д. С помощью этого приёма мне удавалось решить проблемы, возникающие у музыкантов в связи со значительными нагрузками при подготовке концертных программ.

Вышеописанные приёмы применялись при патологии сосудов верхних конечностей, позволяя улучшить трофику тканей и попутно добиться восстановления физиологического синергизма и антагонизма мышц.

8. И. П. — сидя на кушетке, пациент отклонялся назад до угла около 30 градусов и опирался на мою правую руку (на область плеча и предплечья). Моя правая ладонь лежала на межлопаточной области пациента. Левую руку я укладывал основанием ладони на эпигастральную область так, чтобы пальцы были направлены вниз, по направлению к пупку. Затем я медленно опускал корпус и голову пациента на кушетку, придерживая кожу в эпигастральной области в натянутом состоянии. После того, как пациент полностью расслаблялся, я продолжал удерживать натяжение кожи на протяжении 30–60 секунд. Этот приём я повторял до тех пор, пока не происходило полное расслабление тканей в эпигастральной области.

Приём также эффективен при спастическом состоянии диафрагмы, высоком расположении желудка и его гиперсекреторной функции, избыточном напряжении прямой мышцы живота.

9. И. П. — пациент лежит на спине. Стоя сбоку от ножного конца кушетки, я просил пациента согнуть ближнюю ко мне ногу в коленном суставе. Основание ладони я укладывал на подвздошную область пациента над пупартовой связкой. Другой рукой я захватывал нижнюю треть голени пациента. Затем, сдвигая кожу в подвздошной области вверх до ограничения, я фиксировал это натяжение, а другой рукой вытягивал ногу пациента вниз по кушетке. После того, как нога полностью ложилась на кушетку, я продолжал удерживать кожу живота в состоянии натяжения в течение 30–60 секунд. Этот приём совершался несколько раз до появления ощущения тепла, полного расслабления тканей под рукой и гиперемии. Если патологический процесс был односторонним, то я воздействовал на эту сторону. Если он был двухсторонним, то воздействию подвергались обе стороны.

Приём давал положительный эффект при патологии органов брюшной полости и был незаменим при восстановлении нормального местоположения опущенных внутренних органов (восходящая и нисходящая часть поперечно-ободочной кишки, петли тонкого кишечника, почки, мочевого пузыря, матка), а также при «варикоцеле».

10. И. П. — пациент лежит на животе. Стоя сбоку, я просил пациента согнуть ближайшую ко мне ногу в коленном суставе до прямого угла. Одну руку я укладывал на область нижней трети бедра, частично захватывая подколенную ямку, а другой удерживал голень пациента у лодыжек. Затем, натянув поверхностные ткани бедра вверх до ограничения, медленно опускал голень пациента на кушетку. После того, как нога полностью ложилась на кушетку, я

удерживал натяжение тканей в течение 30–60 секунд. Этот приём проводился несколько раз до достижения уже описанных ранее ощущений.

11. И. П. — то же. Стоя у торца кушетки, я одну руку укладывал на голень над ахилловым сухожилием, слегка прижимая ткани ноги к кушетке и натягивая их в проксимальном направлении, а другой производил сгибание стопы пациента. Аналогично этому, уложив пациента на спину, я проводил приём спереди, но уже с разгибанием стопы.

Здесь приведена часть приёмов, направленных в основном на улучшение микроциркуляции в тканях путём растяжения всех видов сосудов и, прежде всего, лимфатических, пролегающих в фасциях мышц. Важен сам принцип воздействия. При растяжении сосудов стенки их сужаются, а створки клапанов смыкаются плотнее. Происходит раздражение всех слоев сосудистой стенки, в том числе и сосудов самих сосудов — «*vasa vasorum*». Импульсы, поступающие с нервных окончаний сосудов, достигая соответствующих регулирующих центров, восстанавливают сосудистый тонус, и вместе с этим исчезают все симптомы сосудистой недостаточности в виде отёков и застойных явлений.

Растяжение фасций, окружающих мышцы, также даёт достаточно мощный импульс, проходящий по чувствительным нервным волокнам и вызывающий ответную реакцию со стороны высших отделов нервной системы в виде регуляции иннервации. Подтверждением этому служат те реакции, которые возникают у пациентов после описанных выше процедур. В результате эффекта растяжения спайки, имеющиеся между слоями тканей, растягиваются и теряют свою значимость. Параллельное применение других видов терапии позволяет получить необходимый и долговременный терапевтический эффект.

В процессе лечения необходимо, чтобы образовались условные рефлекторные реакции. Например, от обычных растяжек или потягиваний. Пациенты отмечали большую разницу в своих ощущениях от растяжек до и после лечебного курса. Для того, чтобы добиться подобного рефлекторного ответа, необходимо определённое число лечебных сеансов.

Помимо приёмов растяжения, я использовал и другие, имеющие ту же цель, но отличающиеся методикой исполнения. Все они проводятся в определённом ритме, индивидуальном для каждого человека. В механизме этих приёмов основным является ритмичное движение тела пациента, совпадающее с ритмом сокращения клапанов лимфатических сосудов.

В связи с тем, что люди имеют разную массу тела, а также различный уровень напряжения мышц и связок, — амплитуда и частота ритмичных движений их тела («ритм тела») разные.

1. И. П. — пациент лежит на кушетке, на спине. Сидя у ногового конца кушетки, я укладывал свои ладони на подошвы пациента и ритмично нажимал на стопы, с акцентом «от себя, стараясь почувствовать «ритм тела пациента, при котором для каждого последующего нажатия был необходим минимум усилий. При этом ритм нажатий совпадал с ритмом раскачивания тела пациента.

Смещение тела пациента приводило к натяжению кожи задней поверхности голени, бёдер, ягодиц, спины и затылка. Амплитуда смещения тела составляла от 1 до 5 см. Длительность процедуры определялась в соответствии с ощущениями пациента (до появления тепла и лёгкости в теле).

2. И. П. — то же. Положив свои руки на тыльную поверхность стоп пациента, я производил ритмические нажатия на них (с акцентом «на себя») таким образом, чтобы тело пациента двигалось в унисон с его собственным ритмом. Амплитуда, время, сила воздействия и реакции те же, что и в п. 1.

3. И. П. — пациент лежит на животе, его стопы свободно свисают с края кушетки. Сидя у ног, я ставил большие пальцы рук на первые точки канала почек на стопах пациента. Поддерживая лёгкое давление пальцами на точки стопы, я нажимал на них в ритме свободного раскачивания тела пациента. Через некоторое время у пациента появлялось ощущение тепла и расслабленности, которое, как правило, было выражено гораздо сильнее, чем при предыдущих двух приёмах. Это объяснялось тем, что здесь воздействие осуществлялось конкретно, через специфическую биологически активную точку, «включавшую энергетический канал почек. Здесь важно отметить очень интересное, на мой взгляд, явление. Оно заключалось в том, что при более продолжительном воздействии в теле пациентов происходили различного рода напряжения, вплоть до болевых, которые затем замещались на тепло. Иногда пациенты чувствовали, как в их теле происходят своеобразные перемещения, перетекание жидкости, парестезии, прострелы. Были случаи, когда появлялась резкая боль в местах бывших травм. Все эти ощущения были кратковременными, и на их месте появлялось тепло.

4. И.П. - пациент лежит на кушетке, на спине. Сидя у головного торца кушетки, я ставил большие пальцы своих рук на точки у основания шеи, слева и справа. Затем, совершая движения своим телом и передавая усилие через большие пальцы, я стремился попасть в естественный «ритм тела пациента. В первые минуты процедуры пациенты отмечали небольшую болезненность или напряжение под одним (чаще) или под двумя пальцами. Через некоторое время эти ощущения исчезали и пациенты отмечали появление тепла вначале под моими пальцами, а затем и в разных частях своего тела. Процедура продолжалась до тех пор, пока тепло не распространялось по всему телу.

Подобным образом я воздействовал на биологически активную точку № 20 заднесрединного меридиана (в центре макушки на саггитальном шве). В этом случае моё усилие передавалось на кости черепа и позвоночный столб. Рефлекторный ответ соответствовал месту приложения усилия — распространение тепла начиналось, как правило, с головы, далее передавалось на позвоночник и на всё тело, вплоть до стоп.

Основным свойством вышеперечисленных приёмов является расширение артериальных сосудов тела, от терминальных до самых крупных, что сопровождается последовательно возникающим в теле ощущением тепла. По моим наблюдениям, основанным на тепловизионном исследовании, тепло появлялось прежде всего в тех тканях, которые до этого были «холодными».

Следующие приёмы, предлагаемые ниже, направлены непосредственно на работу с мягкими тканями тела. Принцип воздействия остаётся прежним — ритмичное, поступательно-возвратное или волнообразное движение тела, в ходе которого лимфатическая сосудистая сеть организма получает дополнительные импульсы, позволяющие восстановить утраченные функции.

Лечебное действие достигается за счёт повторяющихся движений, приводящих к созданию условного рефлекса и восстановлению нормальной

деятельности всей сосудистой системы. Результаты проведённых процедур можно оценить по субъективным и объективным показателям.

Опишу один из приёмов, который может служить примером воздействия на различные участки тела человека, но все тонкости и нюансы исполнения лучше освоить на практических занятиях.

И. П. — пациент лежит на кушетке, на спине. Сидя у ногового конца кушетки, я подкладывал свои руки под голени пациента на уровне их средней части и производил ритмичные движения руками с различной амплитудой и частотой. Таким образом, вибрационное воздействие передавалось непосредственно на сосуды мягких тканей. Время на процедуру выбиралось в зависимости от поставленной цели, но в среднем составляло 1–3 минуты. Всего три минуты, потраченные на лимфатическую систему, могли оказать существенную помощь в борьбе с патологией! Нет мелочей, всё в организме взаимосвязано — только такой подход в лечении обеспечивает реальную помощь пациенту.

Как-то раз в конце 80-х годов я ознакомился с монографией известного ленинградского хирурга, профессора Ф. Балюзика, «Хирургия грудного лимфатического протока. В монографии были приведены данные о патологии с достаточным количеством рентгеновских снимков пациентов, страдающих окклюзионными (спаечными) процессами в области основной лимфатической магистрали — грудного лимфатического протока. На всех представленных рентгеновских снимках был виден грудной проток, наполненный контрастным веществом, а за ним отчетливо просматривался позвоночный столб. Рассматривая эти снимки, я обратил внимание на наличие грубых изменений в позвоночнике. Эти изменения были ярко выраженными, и я стал искать в тексте комментарии по этому поводу. Однако никаких замечаний и указаний на этот счёт я не обнаружил. Я рассматривал снимки и задавал себе вопрос: есть ли какая-либо связь между изменениями в позвоночнике и патологией грудного протока? Что в данном случае является первичным звеном поражения, а что вторичным?

Спустя годы, наблюдая своих пациентов, я пришёл к выводу, что очень часто нарушения лимфатической системы сочетаются с травмами позвоночного столба. Дополнительными факторами являются уже описанные ранее причины.

ВЫВОДЫ

Патология лимфы и лимфатических сосудов зачастую не имеет выраженных клинических проявлений, способных привлечь внимание врачей, и проявляется лишь в жалобах больного на свой внешний вид. Однако отёчность тканей является причиной многих патологий. В тканях с застойными явлениями накапливаются недоокисленные продукты, в том числе и жиры, прогорклые от недостатка кислорода в тканях. Все недоокисленные продукты обмена являются токсическими веществами, и на протяжении длительного периода времени попадая в кровь, способны вызывать нарушение работы печени и почек. Назначая химические лекарственные препараты для лечения какого-либо недуга, врач дополнительно «нагружает» естественные фильтры — печень и почки, уже находящиеся в состоянии повышенной дезинтоксикационной нагрузки. В результате лечебный процесс имеет побочные эффекты и не удовлетворяет ни пациента, ни врача.

Воздействие на лимфатическую систему позволяет устранить патологию, связанную с межклеточной жидкостью и лимфатическими сосудами, и обеспечить необходимый плацдарм для дальнейшей борьбы с болезнью.

Метод лимфатического насоса достаточно прост, не требует дополнительных условий и большого количества времени и, по моему мнению, должен быть введён в арсенал лечебных средств при борьбе с любой патологией. Существует лишь одно условие — своевременность обращения за помощью. Нет ничего проще и лучше, чем профилактика

СИНДРОМ ХОЛОДНЫХ СТОП

На мой взгляд, при проведении диспансерного обследования детей и подростков необходимо уделять особое внимание синдрому холодных стоп и осуществлять его лечение. Если это удастся претворить в жизнь, проблема многих начинающих исподволь патологий будет решена на ранних этапах их развития.

При обследовании пациентов с различными заболеваниями я обращал внимание на жалобы пациентов по поводу зябкости, а то и откровенного холода в ногах, особенно в стопах. Даже в тепле их ноги мёрзли, и им приходилось надевать шерстяные носки даже летом. Холодные стопы лишали комфорта днём и мешали заснуть ночью.

Я заметил, что этот симптом часто предшествовал и сопутствовал поражению вен и артерий нижних конечностей (варикозная болезнь, тромбофлебит, эндартериит), патологии почек и органов малого таза. Эти болезни, как правило, не начинаются внезапно, и для их развития требуется время. Холодные стопы в этом случае можно сравнить с маленьким язычком пламени, который не представляет угрозы, если сразу погасить его, но может принести большие беды, если вовремя не обратить на него внимания. Ведь пациент не пойдёт к врачу с жалобой на то, что его стопы постоянно мёрзнут. А если и придёт, врач, скорее всего, лишь ответит: «Носите теплые носки. Таким мелочам редко придают значение. Мы привыкли тушить пожары, а не заниматься профилактикой. Поэтому ведущая роль в нашей медицине принадлежит хирургии.

Многолетняя практика дала мне право утверждать, что с этим синдромом можно и нужно бороться. Я обозначил это явление не симптомом холодных стоп, а синдромом, чтобы подчеркнуть его многофакторное патологическое влияние на организм.

Сегодня почти треть (если не половина) подростков имеет гипотермию стоп. У подростков ещё нет сосудистой патологии, нет поражения клапанов вен, но условия для возникновения этих заболеваний уже созданы. Они появятся через 10–30 лет, когда начнётся органическое поражение венозной системы, причём не только нижних конечностей.

Наиболее яркую и полную картину этой патологии на ранних стадиях заболевания даёт тепловизионное исследование. На термограммах у пациентов подросткового возраста выявляется спазм сосудов в виде холодных зон, а чаще всего это «температурная ампутация стоп (специфический термин), состояние, когда стопы и нижняя треть голеней не видны на экране.

Вспоминается опыт из истории эпидемиологии, когда, для доказательства влияния различных неблагоприятных факторов окружающей среды на развитие и последствия болезни, курам скормили инфицированное зерно. Одну половину

кур поместили на поддон с холодной проточной водой, другую — в этом же помещении за перегородкой, но на сухом полу. Через некоторое время первая половина кур погибла, тогда как вторая, переболев инфекционным заболеванием, осталась жива. Вывод был очевидным — переохлаждение усиливает влияние патогенного фактора.

При исследовании венозной системы у животных экспериментально установлено, что на хроническое охлаждение тканей, в частности тканей нижних конечностей, организм отвечает образованием коллатерального кровообращения за счёт сосудов-анастомозов между артериями и венами. Сброс горячей артериальной крови в систему вен вызывает подогрев не только крови, но и охлаждённых тканей и органов, что спасает животное от переохлаждения.

Такая же защитная реакция по всей вероятности происходит и у человека. При использовании контрастной вазографии можно наблюдать, как часть артериальной крови сбрасывается в магистральную вену ноги через артерио-венозные анастомозы. Перемещение избыточного количества крови через эти шунты при патологическом состоянии терминальных (конечных) сосудов в районе стоп приводит к расширению вен нижних конечностей.

Ангиологи нашли выход из положения посредством введения в сосуды склерозирующих веществ, приводящих к их заустеванию. В результате достигается требуемый косметический эффект, однако он носит временный характер. Но ведь бороться надо в первую очередь с причиной явления, а не с его следствием. Однако, к сожалению, этого пока не происходит. Операции зачастую так и не решают проблему до конца. Вместо удалённых вен открываются другие, которые уже не имеют полноценного клапанного аппарата, стенки их отличаются слабостью, истонченностью, и ожидает их, как правило, та же участь. Многие считают, что сосудистые заболевания связаны с генетической предрасположенностью, но, учитывая массовость этого явления, позволю себе с этим не согласиться. Я не отрицаю существование наследственной предрасположенности, однако поражение венозных клапанов в основном носит приобретённый характер.

Причин, вызывающих снижение температуры стоп, много. Одни из них связаны непосредственно со стопами, другие имеют иное происхождение.

При переохлаждении стоп, особенно когда это происходит на протяжении длительного времени, температура тканей стопы снижается на 5—10 градусов по отношению к температуре тела. Отягощающими факторами при этом могут быть: неудобная обувь и синтетические материалы её внутренней отделки, носки из синтетики, грибковое поражение стоп с прорастанием мицелия грибов (в том числе и по сосудам ног), длительное пребывание в положении стоя или сидя и пр.

Немаловажное значение в развитии синдрома холодных стоп имеет курение. Никотин, обладая сосудосуживающим свойством, при хроническом поступлении в организм вызывает спазм сосудов. Особенно это касается терминального отдела артериальной сети — артериол. Это могут быть как артериолы лёгких, сердца, желудка и других органов, вызывающие соответствующие симптомы, так и артериолы стоп. У курильщиков процесс выздоровления напрямую связан с отказом от курения. Если пациент не бросит курить, вылечить его от синдрома холодных стоп — бесперспективное дело, так как первая же «затяжка ликвидирует последствия проведённого лечения.

Рассматривая развитие данного синдрома, я пришёл к выводу, что низкая температура тканей стоп связана со снижением броуновского движения молекул. Холод «забирается в кости стоп. Известно, что основа кости это соли кальция, достаточно инертного микроэлемента в энергетическом плане. Если потерять кожу стопы, она, скорее всего, согреется. Однако таким образом невозможно поступить с костной тканью, и для того, чтобы «разогреть ту же пяточную кость, необходимы не только специфические действия, но и достаточно длительное время. В связи с тем, что температура в тканях стопы значительно снижена, течение окислительно-восстановительных процессов замедляется. Это приводит к ацидозу и накоплению метаболитов в клетках и межклеточном пространстве. Тканевые функции резко угнетаются, в результате чего возникает гипоксия тканей. Такое состояние может сопровождаться гипергидрозом стоп, при котором выделение потовых желёз имеет резко кислую реакцию и специфический запах.

Рецепторы нервных окончаний дистальных отделов нижних конечностей, долго находясь в состоянии гипоксии, перестают выделять необходимые медиаторы для возникновения нервного импульса. С одной стороны, низкая температура тканей стопы изменяет чувствительность нервных рецепторов, с другой — мозг адаптируется к такому состоянию тканей, что приводит к завершению создания хронического процесса на всех уровнях.

Рассматривая проблему холодных стоп с позиции восточной рефлексотерапии, необходимо отметить, что меридиан почек и меридиан мочевого пузыря проходят через стопу, огибая пяточную кость с медиальной и латеральной стороны соответственно. Самая низкая температура стопы приходится на пяточную кость, что и является патологическим препятствием для передачи энергии Ци (афферентных и эфферентных импульсов) через эту область.

Это подтверждалось лечебной практикой. Например, при воздействии на боковую поверхность пятки, соответствующую зоне матки (меридиан почек), ощущение тепла проходило по внутренней поверхности голени, затем бедер и заканчивалось в области матки и придатков. У женщин, не имевших синдрома холодных стоп и гинекологических заболеваний, эти ощущения наступали через 1–2. минуты от начала воздействия. Тогда как при наличии холодных стоп этого не удавалось достичь за 10 и более минут. Как правило, синдром холодных стоп часто сопутствовал нарушениям течения *menses* у женщин. Поэтому для восстановления всех систем организма (энергетических и гормональных) необходимо устранять синдром холодных стоп. Блокировка энергетических каналов, вызванная охлаждением тканей в области пяточной кости, регистрировалась мною и при исследовании методом Накатани. Восстановление кровоснабжения и появление тепла в области стоп приводило и к изменениям результатов повторной электропунктурной диагностики.

Есть ещё одна причина, на мой взгляд, недостаточно исследованная специалистами, которая приводит к патологии сосудов конечностей. При сокращении левого желудочка сердца кровь выталкивается в аорту и далее по артериям в большой круг кровообращения. Импульс, который рождается энергетическим узлом сердца, заставляет сократиться не только мышцы левого желудочка, но и мышцы артерий. Пульсовая волна, распространяясь от сердца до терминальных сосудов, продвигает кровь к тканям.

А теперь представьте, что на каком-то уровне прохождения этой пульсовой волны по магистральному или второстепенному артериальному сосуду возникло

препятствие и сила импульса ослабла или упала до нуля. В результате, кровоток по этому сосуду уменьшится, приводя к ишемии тканей, которые он обслуживает. В этом состоянии пульс в подколенной ямке или на тыльной поверхности стопы не удаётся пропальпировать, периферические ткани становятся холодными, кожа бледной и сухой.

В проксимальных отделах артерий голени, бедра и брюшной полости давление крови повышается, кровь ищет место дополнительного истечения, растягивая сосуды-шунты до величины обычных сосудов (см. фото 36 на цветной вклейке).

В результате, артериальная кровь сбрасывается в вены, давление в них повышается, нарушая отток венозной крови с периферии. На кожной поверхности голени и бёдер появляются так называемые «гусиные лапки», как признак чрезмерного кровяного давления в мелких кожных венах. Более крупные вены настолько переполнены кровью, что извитыми жгутами выделяются под кожей. В запущенных случаях болезни расширенные кожные вены обнаруживаются на туловище. Застойные явления в венозной сети приводят к отёчности, снижению температуры стоп, синюшной окраске кожи и повышению её влажности.

Давление крови в системе терминальных вен нижних конечностей повышается, стенки магистральных вен растягиваются, приводя их к деструктивным перерождениям (В.С. Коцеев, 1981 г.). Створки клапанов раздвигаются, что приводит к пролапсу (падению крови вниз) и уменьшению скорости продвижения крови вверх по сосудам. Это патологически сказывается не только на тканях нижних конечностей, но и на внутренних органах брюшной и грудной полости.

В начале патологического процесса синдрома холодных стоп, из-за невозможности крови беспрепятственно перетечь из артерий в вены на уровне стоп, происходит повышение кровяного давления в артериях голени и бедра. Это, в свою очередь, приводит к появлению полнокровия (гиперволемии) во внутренних органах и тканях (печень, почки, органы малого таза), патологически сказываясь на качестве их работы. Игло-рефлексотерапевты называют такое состояние внутренних органов, как слишком большое ЯН.

При анализе почечной патологии, особенно той её части, которая имеет исход в гипертоническую болезнь, я пришёл к следующему выводу. Нарушение перехода крови из артериальной в венозную сеть создаёт в первой повышенное кровяное давление. Это избыточное давление крови появляется не только в сосудах ног, но и в брюшной аорте. Так как от аорты отходят сосуды к внутренним органам, можно предположить, что и в этих органах будет иметь место полнокровие (гиперволемия). Особенно это важно для такого органа, как почка. Избыточное давление крови сначала в почечной артерии, а затем и в вене почки нарушает её основную фильтрационную функцию и раздражает её паренхиму. В результате изменяется электролитный состав крови и, что наиболее важно, происходит избыточное выделение ренина, сосудосуживающего белкового вещества. Это состояние даёт старт защитным механизмам организма. Чтобы компенсировать резкий подъём давления, в сосудистой сети выделяются медиаторы, способствующие их расширению.

Поэтому, на начальных этапах почечных нарушений, человек испытывает спонтанные, кратковременные подъёмы артериального давления. Это так называемые гипертонические сосудистые кризы, которые при включении

механизма саморегуляции или при раннем истощении нейрогуморальных связей, сменяются гипотоническими, что является причиной другого симптома, называемого «вегето-сосудистой дистонией». Считаю, что начало этого и других патологических процессов кроется в синдроме холодных стоп.

В своей практике лечение почечной патологии мне удавалось успешно завершить только в тех случаях, когда восстанавливалась нормальная температура стоп. В тех же случаях, когда патология почек сопровождалась синдромом холодных стоп и этому синдрому не уделялось никакого внимания, положительной динамики влечения не наблюдалось.

Таким образом, ткани стопы участвуют в формировании порочных кругов различных патологических процессов, с которыми организму самостоятельно уже не справиться. Нужны особые специфические методы воздействия, затрагивающие самые разные патогенетические звенья.

На мой взгляд, при проведении диспансерного обследования детей и подростков необходимо уделять особое внимание синдрому холодных стоп и проводить его лечение. Если это удастся претворить в жизнь, проблема многих начинающих исподволь патологий будет решена на ранних этапах их развития.

Лечение этого рода патологии должно состоять из мероприятий, направленных на:

1. устранение дисфункций диафрагм (особенно тазовой и грудной);
2. устранение дисфункций межрёберных мышц;
3. устранение дисфункций костей таза и Позвоночника;
4. устранение нарушений внутренних органов в области живота и таза;
5. устранение укорочения мышц голени спереди и сзади, а также мышц стопы;
6. устранение патологического натяжения в межкостной мембране голени и освобождение передней артерии голени от сдавливания;
7. восстановление иннервации кожных покровов стопы и голени;
8. восстановление сухожильных рефлексов нижних конечностей;
9. восстановление тонуса артерий, вен и лимфатических сосудов нижних конечностей;
10. восстановление кровоснабжения в пяточных костях и ступнях;
11. прекращение курения.

Лечение должно строиться по определённой схеме и затрагивать области врачей различных специальностей: терапевта, мануального терапевта, массажиста, физиотерапевта, рефлексотерапевта, ангиолога, фитотерапевта, гирудотерапевта. Практика показала, что комплексное лечение этого синдрома врачом широкого профиля более эффективно, чем каждым специалистом в отдельности.

При лечении синдрома холодных стоп я использовал различные виды вибрационного воздействия частотой от 1 до 14 000 герц, как на всю стопу, так и на отдельные её части (пяточная кость и ахиллово сухожилие). Особая ударная техника использовалась на сосудах, проходящих через паховую область и подколенную впадину. К мышцам голени, бедра и таза применялись объёмная техника трёх «Р (одномоментное растирание, разминание и растягивание) и приёмы глубокого продольного вытяжения тканей ноги и живота. На области пяточной кости воздействие осуществлялось светодиодами («Гемма») (красный

цвет, длина волны 670 нмк), УФЛ («Ультратон»), магнитно-импульсной терапией (АМИТ-01), пальцевой акупрессурой Шиатсу. Пиявки ставились на области подколенных ямок и копчика. Для восстановления иннервации кожных покровов стопы и голени я использовал чрезкожную электростимуляцию (СКЭНАР).

ВЫВОДЫ

Патология, связанная с синдромом холодных стоп, проходит несколько фаз своего развития. В первой фазе происходит спазм сосудов в области стоп. В результате этого наступают следующие изменения:

- ◆ снижается температура тканей стоп и особенно их костных структур;
- ◆ повышается кровяное давление в бассейне брюшной аорты и внутренних органов, особенно почек, приводя к нарушению их фильтрационной и гормональной деятельности;
- ◆ наступает адаптация коры головного мозга к происходящим в стопах процессам, выражающаяся в невозможности самостоятельного выхода из создавшегося сосудистого кризиса;
- ◆ происходит изменение нервно-рефлекторных реакций в тканях, находящихся в состоянии хронической гипоксии;
- ◆ снижается активность ножных меридианов и выключаются биологически активные зоны и точки стопы.

Во второй фазе происходит расширение диаметра артерио-венозного шунта и сброс артериальной крови в венозную сеть как защитная реакция организма. В начале этого процесса на коже появляются «гусиные лапки», а затем происходит образование варикозных узлов.

В третьей фазе этого процесса нарастает сосудистая недостаточность нижних конечностей, проявляющаяся в нарушении иннервации и образовании отёков в области стопы и голени. Патологический процесс завершается дегенеративными изменениями в тканях стопы и голени, трофическими расстройствами и некрозом тканей.

Лечение и профилактику этого вида патологии необходимо начинать как можно раньше, с подросткового возраста.

ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА СОСУДИСТОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ГОЛОВНОГО МОЗГА И ТКАНЕЙ ТЕЛА ОРТОСТАТИЧЕСКИМ МЕТОДОМ

Если проанализировать состояние больных, страдающих сосудистой патологией, особенно при симптомах недостаточности, то можно увидеть, что это люди детренированные, с явлениями гиподинамии. Прежде чем рекомендовать им занятия в спортивном зале, необходимо вначале помочь их пострадавшему организму выйти из создавшегося положения.

Если для этого применять лекарственные вещества, то где гарантия, что они попадут именно в ту зону организма, сосуды которой пострадали, и как рассматривать эффект их влияния на те сосуды, воздействие на которые нежелательно. Неубедительность ответов стандартного лечения подтолкнула меня на поиск нестандартных решений.

ВВЕДЕНИЕ

Обращаясь за помощью, пациенты часто, помимо основных жалоб (боли в позвоночнике, боли в мышцах и суставах конечностей, боли во внутренних органах), предъявляли жалобы также на головные боли, головокружения (в наземном транспорте, метро), невозможность наклонять голову вниз, метеозависимость. Я не мог не обращать внимание на эти дополнительные жалобы, так как считаю, что это симптомы патологии, которая оказывает косвенное влияние и на опорно-двигательный аппарат, и на внутренние органы. На мой взгляд, эти жалобы в основном вызваны сосудистой патологией, и я искал эффективные способы её лечения без применения химических препаратов, так как зачастую пациенты их уже принимали, причём, без особого эффекта.

ОБ ИСТОРИИ СОЗДАНИЯ МЕТОДА

Понимая, что любой не устраненный симптом (как звено в патологической цепи болезни) может возвращать болезнь в её первоначальное состояние, я пытался найти оптимальный вид воздействия для ликвидации сосудистой недостаточности.

Размышляя над физиологией сосудов человека, я думал о том, что человек большую часть суток находится в двух положениях: в вертикальном и горизонтальном. Положение, когда голова наклонена вниз, бывает крайне редким и кратковременным явлением. Первые два положения предопределяют некое стабилизированное состояние сосудов. Если проанализировать больных, страдающих сосудистой патологией, особенно при симптомах недостаточности, то можно увидеть, что это люди детренированные, с явлениями гиподинамии. В связи с тем, что тонус сосудов адаптирован к незначительным колебаниям артериального давления, любое дополнительное воздействие на них (изменения атмосферного давления, повышенная физическая или эмоциональная нагрузка, простая работа с наклоном вниз головы) может вызвать неадекватную реакцию в виде повышения или понижения артериального давления, головной боли и других симптомов.

Поэтому, прежде чем рекомендовать занятия в спортивном зале, необходимо вначале помочь пострадавшему организму выйти из создавшегося положения. Для этого необходимы такие способы воздействия, которые были бы, во-первых, физиологичными, и, во вторых — конкретными по способу своего действия. Если для этого применять лекарственные вещества, то где гарантия, что они попадут именно в ту зону организма, сосуды которой пострадали, и как рассматривать эффект их влияния на те сосуды, воздействие на которые нежелательно. Ведь нет избирательного воздействия, например, только на сосуды головного мозга, или только на сосуды внутренних органов или конечностей.

В моей практике, особенно на начальном её этапе, меня больше всего беспокоили вопросы сосудистой патологии, связанные с периферической и центральной нервной системами. Это, прежде всего, относилось к вопросам кровоснабжения спинного мозга, магистральных стволов, нервов и их сплетений. Патологии артерии Адамкевича, усугублённые вариантами её развития, а также артерии, питающей верхнюю часть грудного и шейного отделов спинного мозга, приводили к стойким болевым процессам. Любое

неадекватное воздействие на сегменты позвоночника давали постманипуляционные осложнения. Анализ результатов врачебной работы вынуждал к размышлениям и поиску ответов на возникающие вопросы. Конечно, можно было бы и не рассуждать, действовать, как все — по инструкции, или как положено, в пределах фармакологического справочника лекарственных средств Машковского и др. Но приходили больные, которые испробовали все возможные лекарства, тогда как болезнь не отступала. Неубедительность ответов стандартного лечения подтолкнула меня на поиск нестандартных решений.

Однажды, просматривая старый учебник по лечебной физкультуре, я обратил внимание на рисунок, демонстрирующий устройство для реабилитации больных, проведших в постели длительное время. Как правило, больные, пролежавшие в горизонтальном положении месяц и более (чаще всего это были пациенты, перенёсшие инфаркт миокарда), вставая, испытывали сильное головокружение и теряли равновесие. Для того, чтобы восстановить ортостатический статус с помощью этого устройства, больного переводили из горизонтального положения в вертикальное. Эти движения, производимые поступательно, от процедуры к процедуре, должны были приучить сосуды тела и особенно головного мозга и шеи к гравитационным нагрузкам. Увидев это, я подумал, что таким образом можно поступить и мне с моими пациентами, только вместо подъёма опускать голову вниз. Не разгружать сосуды, а наоборот сделать так, чтобы вес крови оказывал давление на них. Все остальное было уже делом техники. Так в моем арсенале появился способ диагностики и лечения сосудистой патологии.

О ПРИНЦИПЕ МЕТОДА

Впервые о данном методе диагностики и лечения я сообщил на 3-м съезде Российской Ассоциации врачей ММ, а затем посвятил ему публикацию в журнале «Мануальная Медицина, № 12–13 за 1997 и 1998 г.

Рабочим инструментом в предлагавшемся методе являлся специальный стол, имеющий в основании треугольник, на вершину которого была установлена и закреплена плоская поверхность, как у обычной кушетки, отличающаяся от неё наличием мягкой и объёмной обшивки. Таким образом, конструкция стола позволяла изменять угол наклона рабочей поверхности относительно неподвижного треугольного основания — попеременно поднимать и опускать головной и ножной концы. Стол снабжён ремнём, который вместе с мягкой обивкой стола не позволял пациенту скользить по поверхности при его наклонах.

Хочу обратить внимание на одно условие, влияющее на качество проводимой терапии. Стол не должен иметь никаких других приспособлений, ограничивающих движение пациента, ни под его стопами, ни над его надплечьями, так как любое ограничение вызывает напряжение в диафрагмах тела, и эффект лечения снижается или не проявляется вовсе.

Принцип воздействия заключался в следующем: пациент ложился спиной на стол, зафиксированный в нейтральной позиции, когда головной и ножной концы стола находились на одном уровне и плоскость стола была расположена горизонтально. Зафиксировав тело пациента ремнём, я садилс[^] у головного конца стола и, сняв блокировку, опускал его головной конец с определённой

скоростью вниз до угла от 5 до 30 градусов. Это я назвал «нагрузочным воздействием». Удерживая стол в крайнем положении около 10 секунд, я поднимал головной конец до горизонтального уровня и далее вверх до угла той же величины («разгрузочное действие»). Время удержания головного конца стола в верхнем положении могло быть равным времени удержания в нижнем положении, или более продолжительным в зависимости от поставленной задачи. Чередую эти движения в течение определённого времени, я завершал процедуру удержанием головного конца стола в верхнем положении, чтобы снять «следовую (от нагрузки) реакцию». По завершении процедуры пациент мог сразу встать со стола или полежать на нём несколько минут, в зависимости от состояния или желания.

По моему мнению, причина патологии сосудов основывается на таких явлениях, как:

◆ Неравномерное распределение крови в организме больного. Прежде всего, это касается распределения крови в верхней и в нижней части тела. При расширении сосудов нижней половины тела появляется недостаток определённого количества крови в области головы, и сосудодвигательный центр продолговатого мозга,

пытаясь исправить положение и обеспечить необходимый её приток, сужает просвет сосудов. Сужение сосудов приводит к повышению давления в сосудах головного мозга, что проявляется в виде головокружения, головной боли, монотонного шума в ушах. В других случаях нарушение было связано с асимметричным распределением крови между левой и правой частями тела. Наиболее часто левая половина тела спереди наполнена кровью больше, чем правая, а сзади — наоборот, левая половина тела менее полнокровна, чем правая. Эти выводы сделаны мной на основании тепловизионной диагностики, которую я использую более 10 лет.

◆ Наличие патологических изменений сосудов в виде склеротических и других поражений их внутренней оболочки, нарушений проводимости импульсов по артериям и венам, влияющих на качество пульсовых волн.

◆ Влияние на сосуды патологически изменённых тканей, через которые эти сосуды проходят. Наиболее частой причиной являются напряжённые или укороченные скелетные мышцы и межкостные мембраны (области предплечий и голени), которые способны препятствовать свободному течению крови. Причиной также может быть патология диафрагмы тела. Приоритетное внимание принадлежит, конечно же, тем сосудам, которые обеспечивают кровоснабжение головы (из-за их жизненной значимости). Я обратил внимание, что лечение только шейного отдела позвоночника, челюстных суставов или костей черепа (osteопатические техники) не давали стойкого положительного результата, а иногда просто оказывались неэффективными, и пациент по-прежнему испытывал головную боль, головокружение и прочие симптомы. Поэтому я пришёл к выводу, что в процесс лечения должны быть включены как сами сосуды, так и окружающие их ткани.

ОБОСНОВАНИЕ МЕТОДА

При перемещении тела человека из горизонтального положения в вертикальное в сосудах нижних конечностей временно накапливается до 600 мл

крови. При перемещении тела в противоположном направлении такое же количество крови перетекает в область шеи и головы.

В горизонтальном положении тела остаточный объём левого желудочка составляет около 100 мл, а в вертикальном — 45 мл. Аналогичная разница между положением тела и объёмом крови наблюдается и в правом желудочке сердца.

Перемещение тела человека относительно горизонтальной плоскости приводит к нагрузочно-разгрузочным реакциям и появлению физиологического ответа всей сердечно-сосудистой системы на раздражение стенок сосудов. В результате чего увеличивается венозный возврат крови к сердцу, нормализуется системное артериальное давление, давление в аорте и, соответственно, усиливается кровоток в коронарных сосудах. Это в свою очередь приводит к увеличению сократительной способности сердца и рефлекторному расширению периферических сосудов, что способствует уменьшению затратной работы сердца. Сосуды и сердце регулируют друг друга (Б. И. Ткаченко, 1994 г.).

В результате чередования гравитационного давления крови на противоположные части тела, происходящего при перемещениях с помощью качающегося стола, барорецепторы сосудов приходят в состояние возбуждения. Эти рецепторы начинают реагировать на раздражающее действие по истечении 4–5 секунд, достигая максимума к 30–40 секундам и вызывая выделение эндотелина. Действие последнего выражается в сосудосуживающем эффекте. Расслабляющая фаза наступает после снятия нагрузочного давления с сосудов и выделения дилатирующего фактора — оксида азота. Этот эффект проявляется в пределах от 1 до 10 минут. Таким образом, используя возможности изменения физических нагрузок на сосуды с помощью стола, можно оказывать различное по времени и силе воздействие, добиваясь необходимого терапевтического результата.

Любому лечению всегда должно предшествовать диагностическое исследование. Для диагностики сосудов используется доплеровское исследование и контрастная ангиография.

Первый вид диагностики не является полностью информативным, так как исследования касаются лишь сосудов определённого диаметра. Более мелкие сосуды и капилляры остаются вне поля зрения, тогда как они-то интересуют нас больше всего. От них зависит качество кровоснабжения клеток тела — доставка необходимых для жизнедеятельности веществ и кислорода и вывод продуктов метаболизма и углекислоты. Именно в них зачастую и происходят патологические изменения в виде спазма или дилатации. Исследования сосудов лицевой части головы вовсе отсутствуют. По крайней мере, за время моей практики я ни разу не видел ни одного пациента, которому было бы проведено такое исследование.

Контрастная ангиография не является диагностическим методом первой необходимости и выполняется по строгим показаниям.

Таким образом, мелкие сосуды и капилляры в области головы и шеи остались за пределами диагностического контроля. Поэтому для диагностики функциональной способности сосудов я предлагаю использовать ортостатический способ с помощью описанного стола.

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ

При опускании головного конца стола вниз и удержании его в этом положении (нагрузочная проба) здоровый человек ощущает только общий прилив крови к голове без каких-либо негативных ощущений. Когда же пациент указывал мне на место наибольшего давления или дискомфорта в области головы или шеи в результате прилива крови, я расценивал это, как наличие в данном месте спастического состояния сосудов.

Гравитационное давление крови на стенки сосудов приводило к раздражению их рецепторов, и нервные импульсы, поступающие из этой зоны, создавали у пациента ощущения избыточного давления крови. По этим зонам, указанным самим пациентом, я мог предположить, какие структуры тела участвуют в создании патологии, проявляющейся в спазме сосудов.

Для удобства рассмотрения топографии сосудов, обеспечивающих кровью различные участки головы, и определения размера поражённых зон я использовал рентгенографический материал из монографии Л.Сандригайло (1988 г.).

В связи с тем, что боль и другие проявления патологического процесса не всегда соответствуют причине поражения и даже чаще бывают его следствием, находящимся вдали от места патологии, фактор поиска причины приобретает первостепенное значение. Особенно это касается сосудистого русла. В этом случае указание пациента на место локального дискомфорта, появляющегося при нагрузочной пробе, позволяет определить зону поражения и возможную причину нарушений циркуляции крови.

Например, если пациент при опускании головы вниз указывает на неприятные ощущения или избыточное давление в области затылка, причину следует искать в области позвоночной артерии, шейных позвонков, атланто-окципитального сочленения и подзатылочных мышц. Если дискомфорт ощущается в теменной области, то причина может находиться в мышцах, ущемляющих внутреннюю сонную артерию. Когда пациент указывал на наличие давления в лицевой области, причину я искал по ходу наружной сонной артерии и в мышцах подчелюстной диафрагмы.

Для того, чтобы подтвердить правильность выводов, сделанных после ортостатической диагностики, я параллельно проводил тепловизионную диагностику головы и шеи. Во всех случаях эти различные по своей природе методы исследования подтверждали друг друга. В связи с тем, что тепловизионная техника для многих практических врачей пока ещё недоступна, её с успехом может заменить ортостатический метод.

ЛЕЧЕБНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ

После проведения диагностики ортостатическим методом и устранения выявленных нарушений в опорно-двигательном аппарате, внутренних органах и диафрагмах тела, я приступал к непосредственному лечению сосудистой дисфункции. Поочерёдно опуская и поднимая головной конец кушетки, я дожидался реакции сосудов, затрачивая на это столько времени, сколько было необходимо в каждом конкретном случае.

В результате длительного попеременного перемещения массы крови из одной части тела в другую в организме пациента происходит ряд изменений.

Во-первых, устраняется спазм сосудов. Это происходит частично за счёт проведенных подготовительных лечебных манипуляций и частично за счёт

ответной реакции организма на повышение давления крови в сосудах (насильственное их растяжение физическим, гравитационным способом).

Избыточное давление крови является раздражителем для тех сосудов, которые, на данный момент, находятся в состоянии хронического спазма. Поток импульсов, идущих в головной мозг из зоны спазмированных сосудов во время притока к ним дополнительного количества крови, вызывает рефлекторный ответ, который выражается в разрушении адаптации головного мозга к локальному очагу пострадавших сосудов. В результате этого происходит расширение капиллярной сети, и как следствие — улучшение качества обменных процессов в тканях.

Во-вторых, создаётся условный сосудодвигательный рефлекс, основанный на эффекте тренировки сосудов и приводящий к стойкой ликвидации ишемических зон.

В-третьих, осуществляется нормализация нейроэндокринной регуляции за счёт стимуляции соответствующих структур в головном мозге, сосудах, внутренних органах (печень, почки, надпочечники) с выделением специфических медиаторов.

К числу основных реакций со стороны сосудов, в ответ на усиление кровообращения органов, относится обычная функциональная (рабочая) и реактивная (постокклюзионная) гиперемия. Это похоже на реактивную гиперемия, возникающую в ответ на временную ишемию органа или ткани (покровные ткани, мышцы, внутренние органы, головной мозг). Последняя используется в старорусской народной медицине при обдавливании живота и других частей тела (А. Огулов, 1994 г.). Проявляется она в увеличении притока крови к тканям, повышении местной температуры (в том числе из-за более интенсивного течения окислительно-восстановительных реакций) и восстановлении нейрогенных рефлексов. Эта закономерность одинакова для всех областей тела.

В связи с тем, что в сосудах головы расположены более чувствительные рецепторы, чем в остальном теле, реакция барорецепторов на изменение давления крови более выражена. Поэтому, при перемещении тела головой вниз, прилив крови к голове ощущается гораздо сильнее, чем к остальным частям тела.

На втором месте по чувствительности на прилив (отлив) крови стоят стопы ног и кисти рук. Это также может служить диагностическим признаком, дополняющим доплерографию, так как позволяет оценить состояние капилляров в дистальных отделах конечностей. При изменении положения тела определённое количество крови перетекает в них, вызывая при этом такие ощущения, как тяжесть или лёгкость, холод или тепло. При наличии патологии в сосудах конечностей этих реакций, как правило, не бывает, и пациент ничего не чувствует, или они носят извращённый характер. Однако, применение ортостатического метода положительно влияет на сосуды конечностей, помогая наряду с другими методами успешно лечить такого рода патологии (см. главу «Синдром холодных стоп»).

Применение данной методики касается не только описанных частей тела, таких, как голова и конечности. Она распространяется также и на внутренние органы и на покровные части тела. Из-за того, что порог чувствительности барорецепторов в сосудах этих тканей выражен недостаточно чётко, реакции на перемещение крови от одной части тела к другой пациентами зачастую

сенсорно не определяются. Однако это не означает, что там ничего не происходит. Тепловизионная диагностика в этих случаях является верифицированным методом, подтверждающим наличие изменений в кровоснабжении исследуемых тканей.

Необходимо помнить, что повреждение барорецепторов сосудистых клеток (эндотелиоцитов) может быть одним из патогенетических факторов возникновения облитерирующего эндартериита или гипертонической болезни. Поэтому восстановление их активности может положительно сказаться при лечении этих заболеваний.

Я полностью согласен с мнением Ф. Х. Кларк и Т. Я. Свищевой, считающих, что одной из причин патологии сосудистой стенки зачастую являются грибы рода Кандида (аэробы, расселяющиеся по артериям, и анаэробы — по венам). Примером инфекционного поражения сосудов может служить распространение по сосудистому руслу таких кишечных паразитов, как токсокары, а также вирусное поражение интимы. Под их воздействием, как и под воздействием грибов, стенка сосудов становится рыхлой и может подвергаться дальнейшим повреждениям (стафилококковым, стрептококковым и т. д.). Для того, чтобы залатать повреждённые стенки сосудов, холестерин в организме становится «востребованным». Этим можно объяснить причину повышения его концентрации в крови, несмотря на низкохолестериновую диету. Холестериновые бляшки вначале возникают как защитная реакция организма на повреждение стенки сосуда, чтобы на время заживления сделать стенку сосуда гладкой и в дальнейшем рассосаться за ненадобностью. Явление освобождения сосудов от холестериновых отложений можно наблюдать при правильном лечении атеросклероза. В начале заболевания просвет сосудов сужен, после лечения их естественный диаметр восстанавливается. Однако процесс покрытия поврежденных сосудов идёт неуправляемо. При наличии хронической интервенции на сосуды холестериновые плёнки продолжают бесконтрольно нарастать, превращаясь в наросты, сужающие просвет сосудов и создающие механические препятствия току крови.

Наличие хронического воспаления интимы сосудов приводит к инфильтрации атеросклеротической бляшки воспалительными клетками с последующим истончением её капсулы и разрывом. При разрыве атеросклеротической бляшки происходит контакт субэндотелиальных структур с тромбоцитами, что приводит к активации последних и в конечном итоге к образованию тромба.

На одном из семинаров ко мне обратилась коллега с просьбой объяснить, почему у неё в крови, несмотря на почти годичную низкохолестериновую диету, постоянно отмечается высокий уровень холестерина. Осмотрев её, я нашел варикозное изменение вен нижних конечностей, а также признаки поражения грибами: коричневатые пятна, слегка выступающие над кожей, изъеденные грибом ногти больших пальцев ног, раздвоенные кончики волос, грубые и потрескавшиеся края пяток, усиленное ороговение кожи волосистой части головы. В анамнезе были частые вспышки «молочницы». Она пыталась лечить грибковое поражение ногтей различными мазями, назначенными дерматологом, но безуспешно. В данном случае налицо было генерализованное поражение грибами с вероятным поражением сосудистого русла, и поэтому её организм был вынужден синтезировать холестерин независимо от минимального его поступления с пищей. Я порекомендовал ей пройти лечение пероральными

фунгицидными средствами (химического и растительного происхождения), потому что такой вид лечения практически всегда давал положительный результат.

В практике мне часто приходилось встречаться со случаями внезапной и острой боли в мышцах тела пациентов в состоянии покоя. Я полагаю, что это не что иное, как микроинсульты в мышечной ткани. После массажа или разогревания поражённой мышцы внутри неё раскрывались коллатеральные (обводные) сосуды, кровоснабжение поражённого участка восстанавливалось, и боль проходила. Эти приступы внезапной боли служат грозным предвестником таких осложнений, как инфаркты внутренних органов и инсульт головного мозга. По моему мнению, причиной таких явлений могут быть холестериновые бляшки на стенках сосудов, косвенно указывающие на наличие грибковых, паразитарных или вирусных заболеваний.

Хочу особо обратить внимание на то, что ортостатический метод тесно связан с МТ — на мой взгляд, действенной терапией, способной решить проблемы, связанные с определёнными видами нарушений гомеостаза. Приёмы мануальной терапии, направленные на диафрагмы, внутренние органы и другие части тела, позволяют выявить и устранить причины сосудистых патологий. Использование только одного стола не позволяет добиться желаемых результатов. Это всего лишь инструмент, один из ряда приспособлений, позволяющий воздействовать на определённое патологическое звено.

Выступая с первым публичным представлением данного метода, я объяснял, почему тему сосудистой патологии я вынес на обсуждение своих коллег по ММ, а не терапевтов. Казалось бы, кому как не терапевтам эта тема ближе и понятнее. Но те мероприятия, которые необходимо проводить при определённых сосудистых патологиях, под силу только мануальной медицине. Этот процесс связан с попеременным воздействием на ткани тела, диагностическими исследованиями и работой на сосудах. И всё это должно происходить в рамках одного врачебного кабинета, чтобы не гонять пациента по разным специалистам.

О ПОРЯДКЕ ПРОВЕДЕНИЯ ЛЕЧЕБНОГО СЕАНСА

После диагностического исследования я начинал лечение сосудистых нарушений с устранения статокINETических отклонений в теле, патологии внутренних органов, синдрома холодных стоп, проводил диагностику и лечебную коррекцию диафрагм.

В конце лечебного сеанса я снова проводил диагностическое исследование с помощью стола. Вместе с пациентом мы отмечали и оценивали произошедшие изменения, сравнивая их с первоначальными ощущениями, а затем переходили к дальнейшему лечебному воздействию на сосуды с использованием стола.

Процедура длилась около 7—10 минут, пока у пациента не исчезали или хотя бы не уменьшались первоначальные ощущения.

Каждый последующий сеанс начинался с диагностических исследований. Вначале проводился тепловизионный контроль, а затем диагностика осуществлялась с помощью стола. Пациент сравнивал новые ощущения с теми, которые он испытывал на предыдущем сеансе. За основу брались его ощущения, полученные на первом сеансе. Курс лечения, как правило, состоял из 10 сеансов, проводимых через день.

О ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ПОКАЗАНИЯХ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯХ

Ортостатический метод может также использоваться в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, так как он улучшает местное кровообращение тканей в области лица (костей верхней и нижней челюсти, мягких тканей, зубов).

Достаточно часто в ходе ортостатического исследования пациенты отмечают неприятные ощущения в области нижней или верхней челюсти, а то и конкретно в больном зубе. В подавляющем числе случаев при термографическом исследовании лица пациента в проекции щёк наблюдается гипотермия, подтверждающая данные ортостатического исследования. Это говорит о том, что в данной области отмечается сосудистая недостаточность. Что за этим кроется — не трудно догадаться. Стоматологи и без этих снимков видят, что происходит нашими зубами и дёснами, и не зря так настойчиво рекомендуют массировать ткани дёсен, чтобы улучшить условия их питания. По моему мнению — абсолютно верно. Если бы хирург-стоматолог перед операцией увидел, как выглядит на термограмме та зона, на которой он собирается оперировать, и своевременно подготовил мягкие ткани, то многих послеоперационных осложнений, уверен, ему удалось бы избежать.

Говоря о противопоказаниях, я делаю акцент лишь на осторожном применении данного метода в начале курса лечения, заключающемся в более плавном переходе тела пациента из одного положения в другое, в небольших углах наклона стола (3–5°), в ограничении времени воздействия на первых сеансах, а также строгой необходимости руководствоваться самочувствием пациента.

При опухолевых процессах, инфекционных заболеваниях и психических расстройствах данный метод я не применял.

Подводя итог, могу с уверенностью сказать, что для лечения нейрососудистых патологий этот метод предпочтительнее, чем использование аллопатических препаратов, имеющих достаточное количество противопоказаний и ограничений. При наличии органических поражений сосудов, когда применение лекарственных препаратов оправдано создавшейся ситуацией, дополнительное использование данного метода может оказать существенную поддержку.

ВЫВОДЫ

Для лечения сосудистой патологии (нейроциркулярной дистонии, климатопатии, гемикрании-мигрени, гипертонической болезни, синдрома хронической усталости, предменструального синдрома, синдрома холодных конечностей и пр.) я рекомендую использовать ортостатический метод. Достоинством этого метода является возможность применения диагностического исследования и до начала лечебного сеанса, после проведения манипуляций, и в конце сеанса.

В основе метода лежит принцип использования гравитационного давления крови на сосуды при наклонах тела. Изменение положения тела пациента происходит при помощи специального стола с качающейся плоскостью.

В результате повторяющихся наклонов стола относительно горизонтальной плоскости определяются зоны нарушения микроциркуляции

крови. Это первый диагностический этап, после которого следует выявить и устранить причины, вызвавшие патологию сосудов.

Второй этап диагностики контролирует качество проведенного лечения и заключается в сравнении новых ощущений пациента с теми, которые он испытывал при первичной диагностике.

На третьем этапе стол используется для устранения остаточных явлений сосудистой патологии. Этот этап отличается от предыдущих продолжительностью и силой воздействия, зависящих от величины угла наклона стола и времени его удержания в крайних положениях.

В начале каждого последующего сеанса качество лечения определяется с помощью ортостатического исследования и поданным тепловизионной диагностики (при наличии тепловизора).

Лечение проводится до тех пор, пока не исчезнут все симптомы, связанные с патологией сосудов. Если такой результат будет подтвержден на очередном сеансе, то лечение ортостатическим методом можно считать завершённым.

КЛИНИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ЧАСТНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ И ПРОФИЛАКТИКЕ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ

Предлагаемый материал собран мною из имеющихся источников в медицинской литературе и, отчасти, на основе наблюдений и выводов собственной врачебной практики. Предлагаю использовать его для составления «порочных кругов патологии и определения «узловых точек, которые их объединяют. Эти сведения особенно интересны для начинающих врачей-практиков, по просьбе которых я включил их в настоящую книгу.

Не спешите перелистать эти страницы, как нечто вам уже знакомое. Вы можете спросить: «Ну и что здесь нового? Меридианы, симптомы, синдромы — это всем уже известные сведения, неинтересно.

Неинтересно для тех, кто осуществляет посимптомное лечение, так как при этом думать не обязательно. Для остальных, кто не только декларирует интегральный подход — «лечить больного, а не его болезнь, но и делает это, материал сослужит добрую службу.

Основоположник создания теории развития соединительнотканной болезни А. Алексеев в книге «Врачи — заложники смерти пишет: «Врач обязан «наложить» друг на друга порочные круги, имеющиеся у больного в виде: язвенной болезни, мигрени, митрального пролапса, мозговой (и тем более — диэнцефальной подкорковой) недостаточности, колита, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, предменструального синдрома и пр. Порочные круги при этом оказываются «увязанными» в пространственную схему. В точках пересечения 3-х, 5-ти, 8-ми и более порочных кругов оказываются несколько узловых точек — патогенетических факторов (звеньев) механизма развития соединительнотканной недостаточности, которые и определяют вариант манифестации болезни. Однако для того, чтобы эти круги «накладывать», необходимо иметь целый ряд специфических сведений о проявлении той или иной патологии. Чем больше этих сведений будет у врача, тем легче определить причины патологических процессов.

К высказыванию А. Алексеева добавлю, что недостаточно только знать о методе наложения порочных кругов, необходимо ещё иметь эффективные механизмы воздействия на места их пересечений.

Предлагаемый материал собран мною из имеющихся источников в медицинской литературе и, отчасти, на основе наблюдений и выводов собственной врачебной практики. Предлагаю использовать его для составления «порочных кругов и определения «узловых точек. Эти сведения особенно интересны для начинающих врачей-практиков, по просьбе которых я и включил их в настоящую книгу.

Представляя суммированный материал, касающийся разных направлений в медицине, как нетрадиционного, в виде пропедевтики официальной медицины, так и традиционного, в виде эмпирического опыта народной медицины разных стран (Китая, Тибета, России и др.), я понимал, что у ряда специалистов могут возникнуть некоторые возражения. Действительно, сведения о нарушениях в меридианах не имеют параллели с общепринятой клинической диагностикой, и никому ещё не удалось эту параллель провести.

В настоящее время используется либо одна концепция, либо другая, и об эффективности терапии судят по результату, но в тех же (своих, специфических) измерениях.

Исходя из принципа «объединяй и властвуй», лежащего в основе этой книги, я проигнорирую, на данном этапе, возможные возражения, — в угоду расширению информации по затронутой теме. Делаю это для того, чтобы повысить интерес моих коллег, только начинающих свою практику, к другим, пока ещё обособленным врачебным специальностям.

Однако в дальнейшем с благодарностью приму любые замечания, если таковые поступят в мой адрес.

А теперь — к теме изложения. Материал, освещающий проблемы внутренних органов, представлен в произвольном порядке.

ЖЕЛУДОК

В желудке происходит второй этап обработки пищи: размельчение, разжижение, омыление жиров, расщепление белков, переход железа и других микроэлементов в растворимое и усвояемое состояние, и пр.

Желудок может находиться в нескольких физических и функциональных состояниях:

1. Желудок расположен в физиологических границах, связочный аппарат не изменен. Тело желудка легко и безболезненно смещается при пальпации. Диспептические явления отсутствуют. Это норма.

2. Желудок напряжен, несколько подтянут кверху и слегка развернут по часовой стрелке. Тело желудка при пальпации плотное, болезненное. При лабораторном исследовании содержимого желудка определяется его гиперсекреция. Такое состояние желудка может сопровождаться эрозивно-язвенным процессом. Это гиперреактивная форма, что принято называть «гиперсекреторным гастритом».

3. Желудок атоничен, вял, опущен вниз к пупку (гастроптоз). Связка между желудком и диафрагмой растянута. Из полугоризонтального положения тело желудка принимает почти вертикальное. Мышцы луковицы двенадцатиперстной кишки атоничны. В таком положении желудка происходит затекание в него желчи и панкреатического сока. Содержимое желудка

наполнено слизью. Кислотность желудка низкая или нулевая. Такую клиническую симптоматику отождествляют с гипофункцией органа, и обозначают как «гипосекреторный или «анацидный гастрит. Данная патология при её дальнейшем прогрессировании вызывает атрофию слизистой с отмиранием обкладочных клеток, производящих соляную кислоту. Таким образом, резко снижается или полностью исчезает защитная функция желудка от проникновения микроорганизмов и простейших, как в сам желудок, так и в тонкий кишечник.

При этом состоянии может происходить бесконтрольное (из-за отсутствия соляной кислоты) разрастание слизистой желудка, вплоть до образования полипов с последующим перерастанием их в злокачественные опухоли.

4. Желудок в нормальных границах и нормально функционирует, может быть слегка напряженным и иногда болезненным при пальпации. Секреторная деятельность желудка нормальная или на верхней границе нормы. В желудке может появляться боль от сильного шума, яркого света, при физической нагрузке, особенно связанной с наклонами туловища вперёд. Он также избыточно реагирует на состояние, близкое к стрессу, на нервное напряжение. Диспептические расстройства, боли, эрозии и язвы появляются внезапно и могут сами собой быстро проходить. Это так называемый «невроз желудка.

Зачастую боли в желудке возникают при определённых психоэмоциональных стрессах, и в дальнейшем любое напоминание о стрессе будет вызывать болевой симптом. Это происходит по типу возникновения фантомных болей. Сбор анамнеза, диагностика и лечение подобного состояния всецело будут зависеть от доверительного отношения пациента и врача друг к другу.

В некоторых случаях этот симптом имеет своё начало в детстве. Когда ребёнок плачет, мать, пытаясь его быстро успокоить, даёт ему грудь. Этот процесс закрепляется в сознании ребёнка и в последующем (взрослом) состоянии: когда возникает стрессовая ситуация, желудок начинает выделять сок, «ожидая появления пищи. Однако пища в желудок не поступает и соляная кислота, сжигая слой слизи, раздражает клетки слизистой, вызывая болевые ощущения. В более лёгких случаях можно слышать от пациентов такие жалобы: «стоит только понервничать, как сразу наступает ощущение зверского аппетита. Такому пациенту достаточно вовремя поесть, чтобы немедленно успокоиться.

5. Желудок находится в своих нормальных границах, может быть гипо- или гиперреактивным, присутствуют симптомы раздражённого желудка, вплоть до язвенных процессов. При бактериологическом исследовании обнаруживаются бактерии и простейшие (хилопилори бактер, трихомонады), грибы или глисты. Это инфекционно-аллергическая форма.

В результате новых научно-исследовательских работ доказано, что воспалительно-язвенные процессы в желудке, равно как и в кишечнике, возникают из-за инфицирования их жгутиковыми бактериями, за открытие которых ряд исследователей получили Нобелевскую премию за 2005 год. Следовательно, при наличии этих симптомов необходимо проводить и специфическую антибактериальную терапию.

Думаю, что здесь будет уместен вопрос к автору: «Какое отношение эти состояния желудка имеют к мануальной медицине? Ведь это прерогатива врача терапевта, вот пусть он этими патологиями и занимается. Но дело в том, что эти патологии отражаются на состоянии опорно-двигательного аппарата. Ведь это они «организуют защитную реакцию организма в виде сколиотической

осанки. Внешний вид пациента, его сгорбленность (нависание над поражённым органом) — тому подтверждение. И по поводу болей в спине он приходит не к терапевту или гастроэнтерологу, а к невропатологу. И часто это происходит ещё на стадии доклинических изменений в больном органе, не важно, желудок это, или печень, или какой-либо другой орган.

Все выше перечисленные патологические состояния могут быть сочетанными, что представляет известную трудность в лечении данной патологии и потребует участия в лечении многих специалистов, в том числе и мануального терапевта.

Причинами этих клинических состояний желудка могут быть различные факторы:

◆ Посттравматические: от ударов в область желудка, подъёма тяжестей, прыжков с наполненным желудком.

◆ Химические — в виде интоксикаций от моющих средств, консервантов, красителей и других добавок, находящихся в пищевых продуктах. Опасность может исходить и от самих продуктов питания, некачественных по своему составу, или приготовленных с нарушениями технологических процессов, а также от вредных веществ, попадающих в желудок с водой и воздухом.

◆ Инфекционные, обменные, эндокринные, психоэмоциональные и др.

Представлю перечень общих симптомов, связанных с нарушением деятельности желудка. Это — эмоциональные срывы, головная боль, боль в области глаз, надбровных дуг и лобных бугров, зубная боль и воспаление десен, синуситы, боли в суставах, дискинезия кишечника с эрозиями и язвами, заболевания наружных и внутренних половых органов, невралгии в области лица, спазмы мышц лица, патология молочных желёз.

Наличие четырех клинических форм патологии желудка, естественно, предполагает применение различных форм и методов лечения, соответствующих поражающим факторам.

При избытке энергии в меридиане желудка отмечают: психоэмоциональное возбуждение, повышение температуры тела, сухой рот, жажда, вздутие живота, запор («овечий кал»), изжога, отрыжка, повышение секреции желудочного сока, обуславливающее повышенный аппетит, боль в желудке спазматического характера.

На фоне этих симптомов появляются: трещины на губах и в уголках рта, боль и судороги мышц по ходу меридиана желудка, напряжение передних мышц шеи, боли в грудной клетке, боли по передней поверхности бедра, в левом колене и голени. Язык имеет красное тело с жёлтым налётом. Пульс сильный.

При недостатке энергии в меридиане желудка появляются: урчание в животе, понос, рвота после еды, отрыжка кислым, тошнота, потеря аппетита, замедленное пищеварение, чувство переполнения желудка, низкая кислотность желудочного сока.

Сопровождающие симптомы: набухание слизистой горла, боль мышц живота, слабость в ногах, онемение и похолодание мышц бедра и голени спереди, напряжение мышц плечевой области.

Внешние проявления: скорбный взгляд, опущение углов рта, одутловатость лица. Язык имеет белый налёт. Пульс слабый.

Избыток энергии в меридиане желудка усиливает симптомы недостатка энергии в меридиане селезёнки—поджелудочной железы и наоборот.

КИШЕЧНИК

Кишечник, являясь одним из органов ассимиляции и диссимиляции, представлен несколькими отделами, отличающимися друг от друга:

- ◆ Двенадцатиперстная кишка, в которой происходит нейтрализация кислотного содержимого желудка.

- ◆ Тощая и подвздошная кишка, где происходит переваривание пищи на ферментативном уровне и частичное всасывание переваренных веществ.

- ◆ Толстая кишка (восходящая, поперечная и нисходящая части) с её микробным уровнем пищеварения.

- ◆ Сигмовидная и прямая кишки, где завершается переваривание и происходит основное всасывание жидкости и формирование каловых масс с последующей их эвакуацией наружу.

Каждый из указанных отделов кишечника имеет свою иннервацию через блуждающий нерв и сегменты спинного мозга, свои рефлексогенные участки на коже, свою связь с мышцами и другими частями тела.

Двенадцатиперстная кишка оказывает влияние на перистальтику нижележащего кишечника и на частоту сокращений желудка. Она взаимосвязана не только с ними, но и с желчным пузырём и поджелудочной железой. Многое в её работе зависит от концентрации кислотного содержимого желудка. Стоит увеличиться или снизиться концентрации и количеству соляной кислоты, как сразу нарушается синхронный моторно-эвакуационный ритм желудка и 12-перстной кишки. Это происходит в связи с тем, что не хватает времени или количества щёлочи 12-перстной кишки и желчи на нейтрализацию пищевого комка, или в связи с повышением количества секрета кишки. В результате появляются изжога, отрыжка, тошнота и боли в эпигастрии, а на слизистых этих органов могут появиться эрозии и язвы.

Патология тонкого и толстого кишечника может сопровождаться атоническим или спастическим состоянием, с определёнными для каждого из них симптомами.

Наличие полипов при атоническом колите может косвенно указывать на поражение слизистой кишечника простейшими или глистами.

Для всех отделов кишечника одной из причин функциональных нарушений или патологических поражений может стать изменение местоположения их относительно нормы, наличие спаечного процесса и, в связи с этим, усиление или угнетение их деятельности. Наиболее часто это происходит от опущения восходящей части поперечно-ободочной кишки и подъёма нисходящей части с натягиванием сигмовидной кишки, вследствие чего — развитие спастического колита и запора.

Смещение восходящей части толстой кишки может привести к растяжению и не смыканию створок илеоцекального клапана. В этом случае ретроградный заброс газов, слизи и содержимого толстого кишечника через неплотно закрывающийся илеоцекальный клапан в тонкий кишечник и другие вышележащие органы может вызвать в них раздражение и воспаление. Неприятие своевременных лечебных мер приводит к аппендициту, язвенной болезни 12-перстной кишки и желудка, с вовлечением в процесс поджелудочной железы и желчного пузыря. Смещёнными, в силу разных причин, могут быть и другие отделы или части (петли) кишечника.

Частой причиной возникновения нарушений в тонком кишечнике (и не только в нём одном) является преобладание углеводов в пищевом рационе, что

приводит к чрезмерному брожению в кишечнике и сопутствующему метеоризму. В результате этого могут произойти не только изменения в положении петель кишечника, но и дивертикулы в них. Избыточное растяжение кишечной стенки вызывает нарушение её кровоснабжения и иннервации и, как следствие, угнетение пристеночного пищеварения с дальнейшим предсказуемым развитием патологических симптомов.

К наиболее часто встречающимся причинам патологии кишечника можно отнести дисбактериоз, при котором происходит развитие патогенной микрофлоры в толстом кишечнике и поражение его грибами и простейшими.

Послеоперационные осложнения (грубо наложенные швы, рубцы, спайки) и вертеброгенная патология, такая, как ущемление или ишемия нервных корешков, в результате чего нарушается афферентная или эфферентная проводимость, могут также пагубно сказаться на состоянии этих органов.

Необходимо помнить, что кишечник на всем протяжении имеет мощную сосудистую сеть, и патологические изменения могут возникать не только в кишечнике, но и в питающих его сосудах, приводя к застойным явлениям и последующему перераспределению объёмов крови. Общеизвестны факты сочетания упорных головных болей с застойными явлениями в венах брюшной полости, особенно вокруг прямой кишки. Наличие геморроидальных узлов и варикоза вен связано с хроническими вялотекущими бронхитами и астмой.

Общие симптомы нарушения энергетического баланса в меридиане тонкой кишки проявляются, прежде всего, в острых и хронических заболеваниях тонкого кишечника. При длительном состоянии дисбаланса в меридиане патологические проявления затрагивают другие органы и ткани. Это проявляется в воспалении небных миндалин (тонзиллит), в нарушении функции внутреннего уха (шум в ушах и снижение слуха). Им сопутствуют головная боль, боли в плечевом поясе и локтях («теннисный локоть»), ревматические и артралгические явления плечевого пояса и рук, состояние повышенного возбуждения.

При избытке энергии (в официальной медицине — симптом раздражённой кишки) появляются: боль в области пупка и нижней части живота, запоры, боль в области шеи, затылка, висков, звон в ушах, боль в задней поверхности плеча и предплечья. Сопутствующие симптомы: окрашивание мочи в красный цвет, жажда, афтоз. Кончик языка имеет красный цвет. Пульс быстрый.

При недостатке энергии (атония кишечника) появляются: тошнота, рвота, понос, боль в животе с характерным её уменьшением при нажатии на него, отёчность в области шеи и нижней челюсти. Это состояние может сопровождаться шумом в ушах и снижением слуха, уменьшением массы тела, слабостью и ощущением холода в руках. Язык имеет белый налёт. Пульс медленный.

Избыток энергии в меридиане тонкой кишки усиливает симптомы недостатка в меридиане сердца и наоборот.

При патологии кишечника возникают проблемы с коленными суставами, так как эта патология сказывается на четырехглавой мышце бедра и на икроножных мышцах. Они либо чрезмерно напряжены, либо атоничны. Это состояние мышц проявляется в тугоподвижности суставов, вызывая трудности при подъёме по лестнице, приседании, или в патологической слабости связочного аппарата колен, в виде их «разболтанности».

При патологии в толстом кишечнике появляются симптомы, связанные с нарушением функции освобождения организма от токсических веществ, проявляющиеся в общей зашлакованности и закислении организма (лимфоцитоз, повышенное СОЭ, снижение рН и электропотенциала крови и пр.).

При избытке энергии в меридиане появляются: боль и вздутие живота; сухость во рту, запоры, головная боль (чаще в затылочной области). Сопутствующие симптомы: боль в плече, предплечье и пальцах рук; напряжение мышц задней поверхности шеи. Эти симптомы протекают на фоне ощущения жара во всем теле при нормальных термометрических показателях и ухудшения общего состояния при нахождении в тепле. Язык красного цвета, толстый, с жёлтым налётом. Пульс глубокий.

При недостатке энергии — понос, урчание в животе, головокружение, чувство слабости; тело холодное, на коже сыпь, вызывающая зуд, небольшой кашель и покраснение задней стенки глотки, улучшение общего состояния в тепле. Язык бледного цвета с тонким налётом. Пульс нежный.

Избыток энергии в меридиане толстой кишки усиливает симптомы недостатка энергии в меридиане лёгких и наоборот.

Избыток энергии в меридиане тонкой кишки усиливает симптомы недостатка в меридиане сердца и наоборот.

Дополнительные сведения

Патологические процессы, происходящие в кишечнике, могут отразиться на состоянии щитовидной железы. Так, при повышенной перистальтике кишечника, сопровождающейся ускоренным прохождением пищи по кишечному тракту, йод всасывается недостаточно полно, и в анализах крови Т-3 и Т-4 будут ниже нормы, ТТГ будет завышенным. Щитовидная железа выглядит увеличенной в объёме. Тогда как при снижении скорости прохождения пищи по кишечнику (как правило, при наличии запоров), сопровождающемся увеличением времени на всасывание веществ (в т. ч. и йода), Т-3 и Т-4 будут завышенными, а в железе появляются плотные холодные узлы. По моему мнению, наличие в толстом кишечнике йодофильной группы бактерий (естественный конкурент щитовидной железы по йоду) приводит к состоянию, похожему на эндемический зоб.

Процессы гипофункции и гиперфункции в щитовидной железе являются защитными реакциями организма, которые не обязательно решать с помощью скальпеля и заместительной гормонотерапии (М. Жолондз, 1997 г.).

Нарушение деятельности кишечника может сопровождаться заболеванием кожных покровов. При нарушениях в кишечнике ослабляется его детоксикационная функция, в результате чего кожа вынуждена взять на себя дополнительные обязанности по очистке организма, что вызывает её воспаление.

Появление прыщей в области угла нижней челюсти может быть признаком глистной инвазии, а появление болезненности в надкостнице указывает на неблагополучие в слизистой кишечника.

Помимо известных рефлексогенных зон Захарьина-Геда, на теле имеется ряд других зон (А. Огулов, 1994 г.), где изменение кожи (покраснение, бледность, болезненность или снижение чувствительности, гиперкератоз, угри, прыщи и пр.) может косвенно указывать на поражение в кишечнике.

При патологии слепой кишки и аппендикса на коже правого локтя могут возникать «кожные мозоли, а при патологии сигмовидной кишки аналогичные проявления — на коже левого локтя (собственные наблюдения).

При патологии в области восходящей части толстой кишки изменения затронут ткани задней поверхности правого плеча, а при патологии в нисходящей части изменения будут происходить в задней поверхности левого плеча (собственное наблюдение).

Зоны на лице были определены А. Огуловым (1994 г.), а зоны на плече были найдены мной с помощью тепловизионной диагностики и подтверждены лабораторными и клиническими исследованиями, проведёнными до и после лечения. На термограммах температура кожи в области плеч при наличии патологии в толстом кишечнике снижена. Причём, отмечается прямая зависимость между тяжестью и давностью патологии в кишечнике и величиной изменений температуры кожных зон плеча.

ЛЁГКИЕ

Лёгкие, являясь одним из внутренних органов, напрямую связанных с внешней средой, осуществляют такие функции, как газообмен, фильтрация и удаление шлаков со слизью и через кровь, барьерная (защита от микроорганизмов), гормональная и др.

Необходимо помнить, что при любом патологическом процессе в организме, пусть это будет даже банальный фурункул, всегда страдают лёгкие.

Результаты последних исследований подтверждают тот факт, что лёгкие (даже их доли) способны смещаться в грудной клетке, создавая, таким образом, предпосылки к нарушению своих функций (Ж.-П. Барраль, 1989 г.). Это проливает свет на недостаточную эффективность лечения ряда патологий лёгких и, в связи с этим, на причины роста количества хронических лёгочных больных.

Лёгкие контролируют обмен веществ, состояние кожи, потовых желёз, волос. Нос — «зеркало лёгких. При снижении ЦИ в меридиане лёгких — нос холодный и бледный.

Патология в лёгких может протекать как с повышением, так и с понижением их функции.

В первом случае дыхание будет порывистым, глубоким, частым. Бронхиолы спазмированы, в результате чего кашель становится сухим и звонким. При присоединении плеврита, как правило, добавляется шум плевры на рёбрах.

Во втором — лёгкие забиты слизью. Кашель становится глухим и влажным с отхаркиванием мокроты. Дыхание тяжелое, чаще поверхностное с появлением вздохов и зевоты. Сопутствуют: зябкость, повышенная потливость, одышка, удушье, боль в надключичной ямке и передней поверхности плеча. Это состояние протекает на фоне лихорадки. Возможны кожные высыпания, аллергии.

Лёгкие взаимосвязаны с толстым кишечником. При хронических процессах в лёгких появляются сопутствующие симптомы в толстом кишечнике: запоры, геморрой, трещины заднего прохода, проктиты. На этом фоне возникают импотенция, бесплодие, варикоз вен малого таза и ног.

При повышенной активности лёгких колит развивается, как правило, по атоническому типу. При пониженной активности — по спастическому типу.

Повышение энергии в меридиане лёгких вызывает: звонкий кашель, астматические приступы (бронхиальная астма), боли в области спины и плеча с напряжением мышц плечевого пояса.

Сопутствующие симптомы: повышенная температура тела, горячий пот и горячие на ощупь ладони. Эти симптомы могут сопровождаться приливами крови к голове, тонзиллитом и пр. Язык красный с желтоватым налётом. Пульс поверхностный.

При понижении энергии в меридиане лёгких появляются: хриплый кашель, насморк, озноб, холодный пот. Эти явления сопровождаются болями в области ключицы и грудной клетки, онемением и похолоданием рук, повышенной чувствительностью к холоду, головокружением, бессонницей. Данной патологии могут сопутствовать: вялость, апатия, грусть, повышенная утомляемость, забывчивость, беспокойство, страх, тяга к теплу, стремление к одиночеству, алкоголизму и наркомании. Возможны кожные расстройства с зудом, быстро меняющимся цветом лица. Язык темно-красный. Пульс быстрый, слабый.

Повышение энергии в меридиане лёгких приводит к усилению симптомов недостаточности в меридиане толстого кишечника и наоборот.

СЕРДЦЕ

Сердце — нервно-мышечный орган, работающий автономно и под контролем ЦНС. Сердце выталкивает кровь, а дальше пульсовая волна артерий подхватывает и «продвигает её до ар- териол.

В отличие от других органов в сердце чаще всего встречаются пороки развития в виде недостаточности или стеноза клапанов и органических поражений в нервной системе самого органа. Однако, заболевания сердца в основном связаны с прижизненными нарушениями, такими, как склероз сосудов, гипертрофия желудочков и предсердий (особенно при наличии холодных натёков на теле и ожирении), нарушения проводимости в ножках пучка Гисса, нарушение электролитного баланса кальция и калия, натрия, остеохондроз шейного отдела позвоночника, патологии в гепато-биллиарной системе и пр.

По данным П. Барреля, сердце может изменять свои границы в пределах средостения. Это ведёт к необходимости применения дополнительной технологии в диагностике и лечении заболеваний сердца.

При патологии сердце может находиться в различных состояниях, обуславливающих особые клинические проявления:

1. Нормальное состояние сердца, когда все измерения находятся в пределах нормы и пациент не предъявляет жалоб.

2. Гиперфункция сердца, которая выражается в виде тахикардии, наличия повышенной возбудимости в проведении импульсов на ЭКГ, появления стеноза коронарных сосудов, вызывающего боль в области сердца. Это состояние может вызывать гиперемия лица и ощущение жара в ладонях, повышение температуры тела и уменьшение суточного количества мочи при повышенной её концентрации. Больного часто беспокоят боли в левом плече и предплечье, тяжесть в конечностях. Также могут появиться ощущения переполненного желудка и сухости во рту. Эти симптомы протекают на фоне состояния лёгкой

эй-фории, повышения эмоциональной возбудимости и немотивированной радости. Сопутствующим признаком могут быть частые заболевания ОРЗ.

Язык может иметь красное тело с желтоватым налётом. Пульс быстрый, сильный.

3. Гипофункция сердца, которая проявляется в виде: брадикардии, слабой сократительной способности миокарда, одышки, цианоза, зевоты, головокружений, коллапсов и обморочных состояний. Эти симптомы протекают на фоне апатии или депрессивного состояния, сонливости. Иногда может возникать чувство подавленности или беспокойства. У такого рода больных конечности холодные и влажные (то же, что и в лёгких — NB!), характерно появление специфических отёков стоп и нижней трети голеней, лицо бледное, вес тела ниже нормы. Человек с таким синдромом имеет бледную и синюшную кожу. Ему часто снятся тяжёлые сны, он забывчив. Язык имеет бледное тело с беловатым налётом. Пульс нежный.

4. При нормальных ЭКГ и УЗИ показателях человек предъявляет жалобы на боль в области сердца, на общий дискомфорт и на чувство страха, страха смерти от остановки сердца. Эти симптомы, как правило, привязаны к конкретным, критическим ситуациям, пережитым пациентом, и сопровождаются общими невротическими вегетативными симптомами. Такой недуг надо рассматривать как нейродисциркуляторную дистонию (невроз сердца). Для уточнения диагноза необходимо тщательно собрать анамнез и найти тот конкретный случай, с которого началось заболевание. Лечение такой патологии должно быть направлено на управляющие центры головного мозга, рефлекторно связанные с самим сердцем и отражёнными зонами на теле пациента.

К общим симптомам патологии сердца можно отнести: снижение памяти, головные боли, бессонницу, недостаточность мозгового кровообращения (вплоть до эпилептических кризов), нарушение ритма сердечных сокращений, гипертонию или гипотонию, межрёберную невралгию, отсутствие аппетита.

По теории ЧЖЕНЬ-ЦЗЮ сердце открывается в язык и проявляется на лице. При недостаточности кровоснабжения сердца, за счёт уменьшения венозного возврата крови к сердцу, кончик языка бледнеет. А при «возгорании» (повышении температуры в самом сердце) кончик языка краснеет, и на нём появляются язвочки. Характерно поэтапное изменение цвета лица — красное, бледное, серое, жёлтое.

При повышении энергии в меридиане сердца усиливаются симптомы недостаточности в меридиане тонкого кишечника и наоборот.

ПЕЧЕНЬ

Печень выполняет многогранную функцию, являясь в организме и «станцией биологической очистки, и железой внутренней секреции (синтез белков, витаминов, энергетических веществ), и основным депо крови.

Печень чувствительна к чужеродным биологическим веществам (особенно к афлотоксину, производному плесени), алкоголю, концентрированной пище, нитратам, а также к стрессам. При остром или хроническом отравлении организма может наступить нарушение её функций, вплоть до цирроза или жирового перерождения.

Печень имеет свой связочный аппарат и, при определённых обстоятельствах, эти связки могут быть сокращены или ослаблены, что

приводит не только к изменению местоположения органа, но и к нарушению его функциональной деятельности.

По теории ЧЖЕНЬ-ЦЗЮ, печень осуществляет контроль за состоянием сухожилий тела.

Глаза — зеркало печени и их покраснение говорит о «пожаре в печени и повышении активности одноимённого меридиана.

Есть ещё один признак нарушения в печени. Это наличие ярко- жёлтого пятна на верхнем крае нёба, над язычком (собственное наблюдение). Замечено, что интенсивность окраски этой зоны соответствует тяжести поражения печени, и это подтверждается клиническими анализами.

В связи с тем, что изменение окраски этой зоны появляется значительно раньше, чем клинические симптомы и результаты лабораторных исследований, указывающие на патологию печени, данный диагностический признак может служить сигналом для проведения профилактики и лечения заболеваний печени и желчного пузыря на ранних этапах.

Печень, как и другие органы, может находиться в состоянии повышенной или пониженной функциональной активности.

При избыточной функции печени патологические симптомы проявляются в виде острой боли в правом подреберье и рёбрах, невозможности совершать боковые наклоны туловища. Появляются головные боли, боли в пояснице, боли по внутренней поверхности бедра и голени. Эта патология сопровождается желтушностью кожи, сухостью в горле.

У женщин отмечаются нарушения менструального цикла, как по срокам, так и по количеству выделений, сопровождающиеся чувством боли и распирания низа живота и таза.

У мужчин — образование односторонних грыж в паху. В сочетании с патологией соединительной ткани, выражающейся в опущении левой почки, может появиться варикоцеле.

Сопровождающие симптомы: затруднение мочеиспускания, покраснение и припухлость век, болезненность глаз. Эти симптомы протекают на фоне раздражительности, вспыльчивости и гневливости, бессонницы, общего эмоционального дискомфорта.

Язык со скользким налётом. Пульс напряженный, сильный, редкий.

Сопутствующие симптомы: мигрень, беспокойство, вредность, грубость, бесцеремонность, склонность к преступлению и суициду.

При недостаточной функции печени возможны: расстройство кишечника (понос), боли в малом тазе и бедрах, слабость в ногах, вплоть до судорог мышц голени, бледный цвет кожи. У женщин отмечаются тенденция к опущению влагалища и матки, недержание мочи, геморрой.

Эти симптомы протекают на фоне слабости и быстрой утомляемости, депрессии, бессилия и чувства страха. Больного беспокоят головокружения, он с трудом засыпает, видит много снов.

Характерные симптомы: снижение зрения, сумеречная слепота.

Язык имеет красное тело со скользким налётом. Пульс напряжённый, быстрый.

Сопутствующие симптомы: обмороки, слезливость, постоянное недовольство жизнью, занудливость, склонность к полноте, алкоголизму, наркомании, фригидность и импотенция. При дефиците крови в печени — мягкие и ломкие ногти.

МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ

Мочевой пузырь представляет собой полый орган, накапливающий мочу и выпускающий её по необходимости наружу. Однако, по теории ЧЖЕНЬ-ЦЗЮ терапии, этому органу придаётся очень большое значение.

Мочевой пузырь может находиться в состоянии гиперфункции, гипофункции или иметь невротическую симптоматику в виде так называемого невроза мочевого пузыря.

Важно помнить, что блуждающий нерв не достигает мочевого пузыря, а связи через симпатический ствол отсутствуют. Таким образом, мочевой пузырь иннервируется прямо по спинному мозгу, выходя из крестцово-копчикового сплетения, в состав которого входят как парасимпатические, так и симпатические волокна, и при травмах шейного или грудного отдела спинного мозга он выключается из рефлекторного управления. Поэтому патология позвоночника может сказаться на функциональности мочевого пузыря. Причиной недержания мочи у детей часто становится падение на ягодицы.

При гиперфункции в меридиане мочевого пузыря отмечается учащённое мочеиспускание. Боли внизу живота носят спастический характер. Мышцы спины и ног напряжены и болезненны. Этой патологии сопутствуют: головная боль в области лба и затылка, глазные боли со слезотечением, кровотечения из носа, ощущение жара в половом члене, мутная моча. Язык имеет красное тело с желтоватым налётом. Пульс быстрый.

При гипофункции в меридиане мочевого пузыря отмечается: редкое и обильное мочеиспускание, отёчность и припухлость в области половых органов. Характерны гипотония мышц бедра, голени, позвоночника и подзатылочных мышц, ощущение тяжести и слабости в ногах, головокружение, слабость спины и 5-го пальца на стопе, разворот стоп вовнутрь, тугоподвижность в тазобедренном суставе, сопровождающаяся ишиалгией. Язык блестящий с влажным налетом. Пульс нежный.

Избыток энергии в меридиане мочевого пузыря усиливает симптомы недостаточности энергии в меридиане почек и наоборот.

Мочевой пузырь может быть зависимым от расположенных рядом органов и тканей. Так, воспаление, происходящее в тонкой кишке, в прямой кишке, в матке и её придатках может затронуть и мочевой пузырь.

При патологии связочного аппарата он может опускаться вниз, вызывая симптомы, похожие на цистит, энурез и пр. Недержание мочи в детском и подростковом возрасте может быть связано с психоэмоциональными срывами.

ПОЧКИ

Почки относятся к секреторно-выделительным органам, очищающим кровь и поддерживающим водно-солевой баланс тканей. Отклонение их функционального состояния в сторону избыточности или недостаточности может привести к различным клиническим проявлениям.

Нарушения, связанные с сокращением или растяжением связок, удерживающих почки в физиологическом равновесии, также могут сказываться на функциональной деятельности почек. Поэтому желательно, чтобы исследования с помощью УЗ аппарата проводил лечащий врач, постоянно отслеживая динамику лечения, или, в противном случае, следует просить

«врача-узиста подробно описывать состояние подвижности почек и их зависимости от движений грудобрюшной диафрагмы.

Избыточность энергии в меридиане почек может проявляться в виде редкого мочеиспускания с большим количеством мочи тёмно-красного цвета. Появляется сухость во рту, тошнота, ощущение жара и тяжести в ногах (стопах), боль в области крестца, поясницы и по внутренней поверхности бедра. Пациент может ощущать необычный прилив энергии, чувство внутреннего волнения. Вокруг глаз появляются тёмные круги. Может появиться ощущение вздутости живота, потливость после приёма пищи, опухание и чувство тяжести во всём теле. Язык имеет красный цвет, без налёта. Пульс глубокий и быстрый.

Сопровождающие симптомы — повышение потенции, поллюции, склонность к половым извращениям, шум в ушах, сон с яркими сновидениями, галлюцинации, повышенная умственная и мышечная работоспособность.

Недостаточность энергии в меридиане почек может проявиться в виде учащенного мочеиспускания (до недержания), обильного потоотделения, ощущения холода в теле, слабости и онемения в ногах (ноги на ощупь холодные), снижения потенции, фригидности. Также могут отмечаться: ощущение холода в животе, озноб, расстройство кишечника.

Эти симптомы проявляются на фоне робости, страха, нетерпимости, подозрительности, нерешительности. Могут наблюдаться: частая зевота, храп, стоны, бессонница — особенно в ранние часы. Язык покрыт белым налётом. Пульс слабый, тонкий.

Сопутствующие симптомы — замедление процессов мышления, стеснительность, слабая воля, неврастения, гипотония, мелькание мушек перед глазами.

Уши — зеркало почек. Патологии в почках иногда предшествует заболевание ушей.

По утверждению ЧЖЕНЬ-ЦЗЮ терапии, почки управляют ростом и развитием организма (костей), цикличностью менструального цикла, сексуальностью, детородностью (через взаимосвязь с придатками и маткой), ростом и качеством волос. Облысение и ломкость волос указывают на недостаток энергии ЦИ в меридиане почек.

Избыток энергии в меридиане почек усиливает симптомы недостаточности в меридиане мочевого пузыря и наоборот.

Патология почек может изменять осанку пациента, формируя плоскую («кабинетную») спину, где все изгибы позвоночника выпрямлены. Возможны кожные проблемы в виде экземы, псориаза, а также возникновение остеопороза и остеомаляции.

Патология в левой почке сказывается на сердечном ритме в виде тахикардий, экстрасистолий, тогда как правая почка может оказать влияние на артериальное давление, повышая или понижая его (так называемые кризы).

ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ

В общем, анатомическом представлении желчный пузырь является накопителем желчи, протекающей от печёночных выводных протоков печени до входа в устье 12-перстной кишки. В современной пропедевтике приведены данные об его строении, размерах, а также клинические симптомы при поражении.

Однако, восточная медицина расширяет наше представление о желчном пузыре, как об органе, способном оказывать серьёзное влияние как на отдельные органы и ткани, так и на функциональные системы организма в целом, в том числе и на психическую и эмоциональную составляющие. Эти сведения исходят из совершенно различных источников, расположенных далеко друг от друга. С одной стороны, это Китай, с его теорией и практикой восточной медицины. С другой, как бы странным ни казалось — Россия, с её народной медициной, дошедшей до нас через целителей староверческих поселений Сибири.

В желчном пузыре, как и в других органах, нарушение функции может протекать как по гипертоническому, так и по гипотоническому типу.

При избытке энергии в меридиане желчного пузыря могут наблюдаться: боли в правом подреберье (иногда с иррадиацией в область сердца); боли за грудиной, симулирующие патологию сердца; припухлость в подмышечной области; горечь во рту; тошнота; чувство полноты в желудке; ограничение при поворотах и наклоне туловища набок; боль и судороги в мышцах бедра и голени; гиперемия глаз; боль в наружных углах глаз; головная боль в области висков и темени; частые заболевания горла; снижение слуха.

Сопровождающие симптомы: повышенная возбудимость, нарушение сна, тусклый цвет кожи тела, серый цвет лица, припухлости щёк, подбородка и шеи, озноб, потливость, повышение температуры тела. Приступы болей отмечаются, как правило, в период с 23-х до 1 часа ночи. Язык шиловидный, имеет красное тело. Пульс напряженный, быстрый.

При недостатке энергии могут наблюдаться: головокружение, тошнота, рвота желчью, слабость в ногах, припухлость стопы и подколенной ямки, заболевания глаз, желтушность склер, кожный зуд, головная боль, отёчность, бледный цвет кожи, расстройство кишечника. Эти симптомы протекают на фоне дневной сонливости, ночной потливости, депрессии, быстрой утомляемости, чувства страха. Также могут отмечаться снижение зрения, фригидность. Язык с белым налётом. Пульс тонкий, слабый.

Избыток энергии в меридиане желчного пузыря усиливает симптомы недостаточности в меридиане печени и наоборот.

Патология в желчном пузыре может провоцировать заболевание придаточных пазух носа, заболевание суставов нижних конечностей и мочеполовых органов.

ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА И СЕЛЕЗЁНКА

Поджелудочная железа и селезёнка, ввиду их близкого расположения друг к другу, по теории ЧЖЕНЬ-ЦЗЮ терапии сведены в один меридиан с общими клиническими симптомами и, соответственно, одинаковыми методами лечения. Но, поскольку селезёнка является органом кроветворения, а поджелудочная железа относится к органам пищеварения с гормональной функцией, это объединение принято считать условным.

Поджелудочная железа, располагаясь в эпигастрии, соединяется связками с желудком и с сальником тонкого кишечника, и может реагировать на растяжение этих связок раздражением и изменением функциональной активности. В этом случае мануальная висцеральная терапия является единственным эффективным методом лечения. Терапевты, не справляясь с данной патологией, могут довести больного до хронического состояния и инсулиновой зависимости.

При определённых патологических симптомах поджелудочная железа может быть в состоянии гипер- или гипofункции, выделяя избыточное или недостаточное количество панкреатического сока и гормонов.

Нарушения в железе могут происходить не только от изменения качества её иннервации и кровоснабжения, но и от попадания в неё желчи из общего протока при нарушении функционального состояния сфинктера Одди. Эти нарушения могут вызывать изменения качества панкреатического сока, дефицит инсулина, недостаточное выделение пепсиновых фракций, что сказывается на утилизации микроэлементов, витаминов и других веществ.

При хроническом течении патологического процесса в поджелудочной железе возможно образование камней. Всё это в целом отрицательно сказывается на функциональной деятельности как самой железы, так и других органов и тканей.

Раздражение поджелудочной железы может приводить к преждевременному или избыточному выделению соматостатина и задержке роста детей и подростков.

Селезёнка принимает участие в эритропоэзе, регуляции количества эритроцитов в крови, в активации В-иммунных лейкоцитов, водно-солевом обмене. Она оказывает влияние на эластичность сосудов (в том числе и антисклеротическое), препятствуя выходу клеток крови через стенки сосудов. При нарушениях в селезёнке возможны различные геморрагические проявления, маточные и другие кровотечения, пурпура, мелена. Она оказывает влияние на мышцы и мышечную силу.

Селезёнка «открывается» в область рта и «проявляется» на губах. Ощущение вкуса — прямой показатель состояния селезёнки. При снижении ЦИ изменяются вкусовые ощущения, любая пища кажется жирной. Появляется сухость и бледность губ.

При избытке энергии в меридиане поджелудочной железы появляются: неустойчивый аппетит, чувство переполнения в животе, запор, боль и ощущение тяжести в левом подреберье, тошнота, отрыжка воздухом, пищевая интоксикация (когда не до конца переваренная пища становится ядовитой для организма), боль в суставах ног, ограничение движения и силы в первом пальце стопы, тяжёлый сон. Язык с жёлтым и скользким налётом. Пульс быстрый.

При недостатке энергии в меридиане появляются: плохое пищеварение, чувство усталости после еды, скопление воздуха в желудке, большое количество испражнений, боль в эпигастрии, рвота, слабость и онемение ног, венозный застой в ногах, кожные расстройства, сонливость в течение дня, плохая память, страсть к сладостям. Язык бледный, налёт беловатый. Пульс слабый.

Этот меридиан контролирует жировую ткань, мышцы руки ног, кровь. Характерная патология поджелудочной железы — диабет, повышение или снижение сахара крови, аллергии, кожные высыпания, склонность к инфекционным заболеваниям.

ТРИ ЧАСТИ ТЕЛА

Эмпирически обусловленное объединение трёх частей тела — верхней (до диафрагмы), средней (от диафрагмы до пупка) и нижней (ниже пупка) сведено по теории ЧЖЕИЬ-ЦЗЮ терапии в один меридиан.

Предполагается, что этот меридиан контролирует мощность энергии, поступающей в нервную ткань головного мозга.

При избытке энергии в этом меридиане могут отмечаться боли в руках, лопатке, шее, звон в ушах, покраснение и потливость лица, непереносимость внешнего тепла из-за жара в собственном теле, отсутствие аппетита, редкое и обильное мочеиспускание, бессонница, раздражительность, отрыжка. Язык имеет красное тело с жёлтым налётом. Пульс быстрый.

Сопутствующие симптомы: чрезмерное напряжение воли и интеллекта; повышенная возбудимость, в том числе и мышечная, вплоть до судорог; высокая судорожная готовность (эпилепсия); агрессивность; алчность; склонность к преступлению и садизму.

При недостатке энергии в меридиане могут отмечаться: поверхностное дыхание; озноб; зябкость; онемение и слабость в руках и мышцах шеи; боли в локтевых суставах; «замёрзшее плечо»; головная боль, особенно в области лба; бледность лица; холодный живот.

Сопутствующими симптомами могут быть: недержание мочи, частое мочеиспускание при малых количествах мочи, отрыжка, ослабление слуха. Эти симптомы протекают на фоне психической и физической усталости, вялости, грусти. Язык скользкий и имеет белый налёт. Пульс глубокий, тонкий.

К дополнительным проявлениям подобного рода состояний можно отнести: вялость мышления и нежелание выполнять физическую работу, равнодушие к окружающему миру, апатию, лень, стремление к одиночеству, склонность к полноте.

Данный меридиан взаимосвязан с меридианом перикарда и при избытке ЦИ в нём усиливаются симптомы недостаточности в меридиане перикарда, и наоборот.

Возможна дополнительная симптоматика, связанная с заболеванием щитовидной железы и гениталий.

ПЕРИКАРД

Анатомически перикард представляет собой систему оболочек, окружающих сердце. Он имеет собственную иннервацию от блуждающего нерва и от шейных и грудных сегментов спинного мозга. Располагаясь в средостении, перикард с содержащимся в нём сердцем может изменять свои границы, избыточно растягиваясь.

Патология в сердце сказывается и на перикарде, причём, патологические симптомы в перикарде могут проявляться раньше, чем в сердце.

В китайской философии ЧЖЕНЬ-ЦЗЮ терапии перикард занимает особое место в системе меридианов со своей спецификой в клинике и лечении.

Меридиан перикарда контролирует равномерность капиллярного кровоснабжения нервных тканей мозга (сокращение и расширение).

При избытке энергии могут наблюдаться: боль в грудной клетке; нарушение функции сердечно-сосудистой системы; головная боль с ощущением приливов крови к голове; мигрень; боли в руках; поверхностный сон; покраснение склер глаз; запоры; раздражительность; гневливость. Язык имеет красное тело и жёлтый налёт. Пульс быстрый, сильный.

Сопутствующие симптомы — психо-эмоциональный дискомфорт, немотивированное тревожное состояние, беспокойство и суетливость, импульсивность поступков, неуклюжесть.

При недостатке энергии могут наблюдаться: учащенное сердцебиение, головокружение, одышка, слабость в руках, боль в животе, желтушность склер, понос. Данная симптоматика может протекать на фоне депрессии, страха, повышенной утомляемости.

Пациенты с таким состоянием в меридиане испытывают боязнь высоты, их сон тяжелый и глубокий, с большим количеством сновидений.

Язык имеет бледное тело с беловатым налётом. Пульс нежный.

Избыток энергии ЦИ в меридиане перикарда приводит к усилению симптомов недостаточности в меридиане трёх частей тела и наоборот.

При нарушениях в данном меридиане могут возникать проблемы, связанные с менструацией, простатой, половой активностью.

ОТ АВТОРА. В данной главе не освещены принципы и методология лечения внутренних органов. Материал по конкретным нозологическим формам обсуждается на практических занятиях.

МЕТОДЫ РЕЛАКСАЦИИ

Приёмы релаксации всегда рассматривались мной как очень тонкие, личностные и претендующие на особо доверительные отношения между пациентом и врачом. Считаю эти приёмы проявлением искусства, искусства врачевания в высшем его понимании.

Человечество испокон веков интересовалось изменёнными состояниями сознания. На особом счету находились те из них, которые помогали снять стресс, расслабить, привести в гармонию душу и тело человека. Они изумляли, завораживали, притягивали и побуждали людей различных профессий и вероисповеданий к исследованию подобных явлений. Одно объединяло их — желание управлять этими состояниями.

Исследователи в разных концах света шли к этой цели различными путями. Кто-то пытался отыскать «философский камень в химических соединениях, кто-то использовал продукты животного и растительного происхождения, кто-то применял особого рода ритмы в движении и дыхании, используя танцы, медитации и пр.

В настоящее время интенсивность социальной жизни людей значительно возросла, а урбанизация и технический прогресс привели к таким условиям, которые смело можно назвать условиями выживания, — и уже сами по себе они могут являться стрессовыми факторами и приводить организм человека в состояние постоянного напряжения, как физического, так и психического. Состояние хронического стресса, поддерживаемое на протяжении длительного времени, способствует возникновению патологических звеньев болезни. В подавляющем большинстве случаев у пациентов отмечается повышенный мышечный тонус, вплоть до патологического, вызывающего болевой симптом. Напряжение, возникающее на уровне внутренних органов и косвенно связанное с психоэмоциональной сферой и опорно-двигательным аппаратом, вначале

создаёт условия для возникновения функционального нарушения, которое затем переходит в органическое поражение.

Для того, чтобы разрушить образовавшийся порочный круг или создать преграду для его возникновения, рекомендую использовать в лечении приёмы релаксации, эффективность которых доказана многолетней практикой. Сегодня существует достаточно большое количество методов, с помощью которых можно добиться расслабления и релаксации, однако действуют они по-разному. Одни действуют расслабляюще на весь организм в целом, действие других направлено на определённые органы, ткани и сосуды. Кроме того, все приёмы отличаются степенью выраженности своего воздействия на организм.

В начале своей практики для снятия психоэмоционального напряжения перед проведением процедуры я использовал методы общего расслабления организма. Наблюдая за реакцией пациентов на лечебное воздействие, я обратил внимание на некоторую их необычность. По мере накопления таких наблюдений я пришёл к выводу, что с помощью определённого вида воздействия можно добиваться конкретного релаксационного ответа от органов и тканей тела. Особенно меня вдохновляли такие возгласы пациентов, как: «... как стало легко голове!» «... какая необычная легкость в ногах!» «... я не чувствую веса своего тела!» «... так легко и тепло стало в области желудка!» «... мне кажется, что я не дышу, это воздух сам вливается в мои лёгкие!»

Оценка результатов проводилась мной на основании субъективных ощущений пациентов и тепловизионной диагностики. Всегда, когда необходимый эффект был достигнут, на термограммах регистрировалось качественное улучшение кровоснабжения.

Для успешного проведения процедур я старался создать для пациента наиболее комфортные условия:

- ◆ Помещение теплое, тихое, свет мягкий, пациент лежал на кушетке, накрытый пледом. Я использовал музыкальное сопровождение (релаксирующая музыка), предварительно оговорив с пациентом громкость звука;

- ◆ Готовя свои руки к процедуре, для усиления релаксационного эффекта я применял ароматические масла, предварительно выяснив у пациента, не вызывают ли они у него отрицательных эмоций;

- ◆ На время процедуры я просил пациента помечтать о чем-нибудь приятном. При необходимости использования эффекта суггестии, я концентрировал его внимание на конкретном участке тела или физическом процессе, например, распространении тепла в тканях и пр. Я предупреждал пациента, что его мысли могут на каком-то этапе процедуры «исчезнуть из головы, и ему не обязательно удерживать своё внимание, и он может даже заснуть, если пожелает.

Приём первый: «Полёт в космос»

И.П. — пациент лежит на спине таким образом, чтобы расстояние от его головы до края кушетки равнялось длине моего предплечья. Сидя у головного конца кушетки, я подкладывал ладони под голову пациента, поднимал её на высоту 5—10 см и удерживал некоторое время в статичном положении. При этом я выяснял у пациента, при каком положении головы он чувствует себя лучше. Уточнение комфортного состояния необходимо только на первом этапе выполнения приёма, так как в дальнейшем оно не имеет особого значения из-за наступающего эффекта расслабления мышц. Спустя 1—3 минуты, продолжая

удерживать голову пациента в своих ладонях, я совершал движения руками в разных направлениях. При этом мои ладони и кожа головы пациента вместе скользили по его затылочной кости как единое целое. Голова пациента при этом находилась в статичном положении. Время, затрачиваемое на эту часть процедуры, в среднем составляло 5–7 минут.

Следующим этапом в процессе релаксации был переход от статического удержания головы к динамическому движению. Удерживая голову пациента в ладонях, я медленно поворачивал её налево и направо, поднимал и опускал. Затем движения усложнялись до эллипсоидных или напоминающих цифру восемь. Время выполнения этого приёма было самым продолжительным и зависело от того, на какую глубину релаксации нужно было вывести пациента. Обычно на это уходило 5—10 минут.

Процедура завершалась двумя последовательно проводимыми воздействиями:

1. И. П. — то же, только я поднимал голову пациента значительно выше, чем в предыдущем случае, и, выждав несколько секунд, разводил руки в стороны таким образом, чтобы голова пациента медленно скользила вниз между моими руками и в конце движения опускалась на кушетку. Выполнение этого движения обычно занимало от 1 до 1,5 минут.

2. И. П. — то же. Я укладывал руки на лицо пациента так, чтобы указательные пальцы находились у углов губ, мизинцы у углов нижней челюсти, а большие пальцы — слева и справа от переносицы. Перед тем, как приступить к выполнению приёма, я вначале мысленно представлял, как мои руки скользят по лицу пациента по направлению к волосам. Это образное представление позволяло мне настроиться на процедуру. После этого мне оставалось только приложить небольшое усилие, чтобы руки начали плавно «плыть по коже лица. Если руки не двигались свободно по поверхности кожи, и было ощущение, что они «прилипли, я выжидал некоторое время, сохраняя натяжение кожи лица. Спустя некоторое время, руки вновь начинали медленно двигаться относительно кожи лица пациента. Ладони, пройдя по лицу до висков, огибали голову, сходились на темени и продолжали скользить по волосам до их кончиков. Этот приём выполнялся медленно, и время его исполнения занимало около 1–2 минут.

Ощущения, которые возникают при выполнении первого варианта, достаточно необычны для пациента. Пациенты отмечали, что спустя некоторое время от начала процедуры из их головы «исчезали мысли. И они чувствовали эффект «разобщения головы и тела. В то же время в их теле появлялась необычная лёгкость. В конце процедуры, когда я опускал голову на кушетку между своих рук, пациенты отмечали приятное состояние «невесомости. Они называли это ощущение «полётом в космос, поэтому я дал приёму такое название.

При выполнении второго варианта пациенты испытывали чувство, как будто с их головы снимали некую маску, а вместе с ней напряжение и психологические проблемы.

Многие пациенты в результате такого воздействия погружались в сон. Особенно часто это происходило с детьми и людьми с симптомом хронической усталости. Пробуждение было всегда лёгкое и светлое, без чувства тяжести и сонливости. В отличие от суггестивных релаксационных методов данные приёмы не вызывали явлений привыкания или зависимости.

По отзывам пациентов — это «фантастическая техника, и они недалеко от истины. То состояние и те ощущения, которые они испытывают, схожи с медитативной техникой Йоги, с той лишь разницей, что в Йоге для достижения этого состояния нужны долговременные тренировки, а здесь — всего несколько минут.

Интересен такой факт — после проведения этого приёма у пациентов исчезали вегетативные реакции, возникавшие каждый раз при воспоминании о каких-либо конфликтных ситуациях в прошлом. Память о неприятном событии оставалась, но при этом больше не появлялись ни учащенное сердцебиение и дыхание, ни увлажнение кожных покровов. По всей видимости, снятие напряжения с мимических мышц лица, совершаемое на фоне общего расслабления, позволяло ликвидировать патологическое звено, связанное с вегетативными центрами.

Пациентам, которые после процедуры садятся за руль, необходимо объяснять, что этот метод является релаксационным и после него некоторое время концентрация внимания будет снижена. Поэтому надо быть особенно осторожным при вождении автотранспорта. Таким пациентам я рекомендую провести короткую серию растяжек — «75 секунд. Лицам, имеющим сосудистую патологию головного мозга, лучше в этот день за руль не садиться.

Приём второй: «Плывущий на облаке»

И. П. — пациент лежит на спине. Руки вдоль туловища, глаза закрыты. Я сажусь у головного конца кушетки, мои руки лежат на кушетке, а дистальные фаланги больших пальцев скрещены и установлены на теменной кости пациента. Остальные пальцы произвольно охватывают голову. Приём выполнялся следующим образом: осуществляя движение корпусом вперед, я передавал телу пациента инерцию поступательного движения своего тела через большие пальцы рук. Здесь важно сделать правильный выбор точки на теменной кости пациента, чтобы его тело качалось с наименьшими усилиями для врача, и его голова не совершала кивательных движений. В связи с тем, что каждый пациент имеет свой тургор тканей, массу и длину тела, ритм движений у каждого будет свой. Этот ритм можно ускорять или замедлять, и его изменение будет зависеть от лечебных задач. Это воздействие похоже на пружину, а вернее, на езду верхом на лошади, с той лишь разницей, что при езде верхом толчок идёт снизу вверх, а в данном приёме — сверху вниз. Такие мягкие воздействия позволяют мозгу «отследить» функциональные нарушения в тканях тела и создать ответную саногенетическую реакцию.

Этот приём состоит из двух этапов. Первый этап энергичный и длительный. Тело пациента смещается на 3–5 см, прилагаемое усилие достаточно интенсивное. Продолжительность этого этапа — от 3-х до 10 и более минут. Второй этап проводится с минимальным усилием, и время воздействия составляет около 2-х минут. Перемещение тела пациента составляет около 0,5 см, и именно это минимальное воздействие и дает пациенту ощущение, что его тело плывёт «как по облакам, «по воде, «по маслу (со слов пациентов). К дополнительным ощущениям, которые чаще всего возникают при выполнении второй части данного приёма, следует отнести ощущение тепла в конечностях и теле, парестезии кожных покровов, ощущение приятного раскручивания или «распускания подобно цветку в мышцах конечностей и тела. Все пациенты

отмечают необычность и новизну этих ощущений, не похожих ни на какие другие.

Механизм терапевтического воздействия данного приёма имеет многоцелевой характер. Во-первых, прилагая усилие большими пальцами рук к центральной зоне теменной кости, я «сминаю» ткани черепа. Повторяющиеся движения образуют чередование сжатий и расширений тканей. В результате усиливается местная циркуляция крови, улучшается питание тканей вплоть до вещества мозга, снимается блок со швов черепа и нормализуется кранио-сакральный ритм. Точка приложения усилия на середину темени соответствует межполушарной впадине и поперечно проходящей передней центральной извилине, где, как известно, находится двигательная зона коры. Лёгкое раздражение и возбуждение структур этих зон приводит к саногенетическому влиянию на ткани тела и конечностей. В связи с местным воздействием, направленным на надкостницу, кость, мозговые оболочки, вещество мозга, снимается спазм с сосудов головного мозга, капиллярная сеть расширяется, открываются дополнительные анастомозы, увеличивается приток крови к перечисленным тканям, что в конечном итоге воспринимается пациентами как появление тепла.

Силовое воздействие, направленное на череп, передается по позвоночнику от первого шейного позвонка до копчика. Практически все позвонки подвергаются ритмичному компрессионному воздействию. При наличии функциональных блоков в системе позвонков и связанного с этим напряжения в окружающих тканях, данный вид воздействия позволяет как ликвидировать само напряжение, так и снять блоки в позвоночных суставах. Снятие блоков происходит не непосредственно на процедуре, а спустя какое-то время после неё. Это происходит спонтанно при совершении самим пациентом каких-либо движений корпусом или конечностями.

Во-вторых, воздействию подвергается биологически активная точка № 20 на канале заднесрединного меридиана. Место воздействия на данную зону совпадает с местом выхода такого энергетического канала, как «Сушумна». По ходу этого совмещённого канала расположены энергетические центры, так называемые «чакры». В данном методе воздействие осуществляется как непосредственно на канал, так и на эти «чакры», нормализуя в них энергетический потенциал.

Периодическое повторение воздействий на позвоночник и тело пациента в целом приводит не только к релаксации, но и к нормализации кровообращения в тканях. Применение этого метода позволяет создавать реакции по типу условных павловских рефлексов. Так, после проведённого лечебного релаксационного курса, достаточно бывшему пациенту «попасть в похожее состояние (качание в кресле-качалке, покачивание в транспорте и т. п.), как у него рефлекторно появляется аналогичная реакция релаксации. Возможно, она не будет такой яркой, как при лечении, но основной эффект сохранится.

Приём третий: «Лимфатический насос»

И. П. — пациент лежит на спине. Сидя у головного конца кушетки и опираясь на неё своими предплечьями, я большими пальцами рук упирался в горизонтальную порцию трапецевидной мышцы (слева и справа, латеральнее концов поперечных отростков 1-го грудного позвонка), остальные пальцы располагались вдоль оси тела произвольно. Лечебное воздействие заключалось

в передаче кинетической энергии, идущей от раскачивания моего тела к телу пациента. Так же, как и в предыдущем приёме, частота колебаний и сила давления выбирались для каждого пациента индивидуально. Тело пациента раскачивалось на кушетке в продольном направлении. В результате этого воздействия снималось спастическое состояние мягких тканей и сосудов. В разделе «Лимфатический насос» я уже касался подобного рода воздействий. Однако там они играют другую роль и не преследуют цель достижения полной релаксации.

В начале выполнения данного приёма многие пациенты испытывали некоторое неудобство под моими пальцами слева или справа, что свидетельствовало либо о наличии поражения тканей мышц на соответствующей стороне, либо об избыточном напряжении группы мышц, связанных со сформировавшейся сколиотической осанкой. Спустя некоторое время это ощущение проходило, ткани расслаблялись. Первые ощущения пациентов были связаны с появлением тепла непосредственно под моими пальцами, затем оно распространялось, последовательно появляясь в разных участках тела. Наиболее часто тепло ощущалось по ходу позвоночника слева и справа, переходя затем на остальные участки тела и конечностей. По моим наблюдениям, тепло появлялось прежде всего в тех местах, которые до этого были холодными, что подтверждалось с помощью тепловизора. Температурная реакция тканей на воздействие была тем ярче, чем холоднее они были до этого.

Интересен тот факт, что последовательность разогрева тканей и сопутствующие ощущения при каждом приёме релаксации различные. Так, при втором тепло распространялось чаще по позвоночнику, а при третьем — слева и справа от позвоночного столба. В конце процедуры после второго приёма чаще появлялись парастезии, тогда как в конце третьего — ярко выраженное тепло во всем теле и конечностях.

Особенность третьего приёма заключается в том, что воздействие осуществляется на эмпирические точки «входа энергии Ци, протекающей по каналам «Ида и «Пингала. Согласно учению ЧЖЕНЬ-ЦЗЮ, с этих точек начинается движение ИНЬ-ской и ЯН-ской энергии, которые, опускаясь вниз, перекрещиваются в местах, соответствующих расположению «чакр.

Стимуляция этих зон и каналов вызывала изменения в сосудистом русле тела пациента, синхронизацию процессов в левой и правой половинах тела, как на физическом, так и на ментальном уровне.

Патологические процессы в организме могут происходить из-за нарушения баланса в эндокринной, сосудистой, опорно-двигательной и других системах. При каждом таком дисбалансе организм вынужден создавать механизмы приспособления, ведущие к адаптации и, как следствие, к хроническому течению болезни. Однако эти механизмы недолговечны. Когда заканчивается компенсация, и они не могут больше поддерживать установившийся баланс, наступает срыв, выражающийся в обострении всех вялотекущих процессов. В результате чего функциональные нарушения переходят в разряд органических поражений или стойких нарушений, не устраняемых с помощью лекарственных средств. Выполнение этих приёмов можно рассматривать как альтернативный подход, в противовес медикаментозному способу достижения релаксации, для снятия последствий стрессовых реакций и восстановления психического и социального статуса пациента. Тот эффект, те ощущения, которые дают эти приёмы, невозможно получить лекарственными средствами. В данном случае помощь оказывается

высшему центру — головному мозгу, чтобы он мог сам устранять выявляемые нарушения физиологическими (сано- генетическими) методами. Это подтверждается и реакцией пациентов на воздействия. Они чувствуют себя на сеансах настолько комфортно, что нередко засыпают.

Известно, что в головной мозг в единицу времени поступают миллиарды нервных импульсов от рецепторов, расположенных во внутренних органах и других тканях тела. Но лишь минимальный процент этих импульсов проходит через подкорковые центры и достигает коры. Подкорковые центры, играя роль своеобразных фильтров, защищают кору от перегрузки. В местах функциональных нарушений, при наличии адаптации, импульсы (тот самый минимальный процент) не достигают высших центров. Поэтому необходимо попытаться «показать головному мозгу те участки тела, в которых есть функциональные нарушения. Только в этом случае можно надеяться, что головной мозг сможет включиться в коррекцию обнаруженных таким образом нарушений. Одним из таких воздействий (метод «показа») является свободное ритмичное перемещение тела в пространстве с помощью приёмов, описанных в данной главе. При использовании этих приёмов непосредственно после проведения местных терапевтических процедур, поступающие от проприорецепторов импульсы, проходя через подкорковые «фильтры, достигают необходимых мозговых центров и разрушают сложившуюся адаптацию. В результате возникает обратная реакция, снимающая спазм с сосудов и тканей, восстанавливаются рефлекторные связи.

Повторение лечебных воздействий (рефлекторная тренировка) от сеанса к сеансу приводит к явлению саморегуляции. Таким образом создается и необходимый физиологический баланс между левой и правой половинами тела. Помимо снятия напряжения с тела, раскрытия сосудистых коллатералей, восстановления энергетического баланса, с помощью третьего приёма удавалось устранить синдром смешанных доминант.

Приём четвёртый

И. П. — пациент лежит на животе. Его стопы свисают за конец кушетки. Сидя у её ножного конца, я ставил большие пальцы рук на середину стопы на точки № 1 канала почек. Совершая движения своим телом, как в предыдущем приёме, я передавал кинетическую энергию своего тела через эти точки телу пациента. Первоначальное усилие, передаваемое телу пациента, было достаточно значительным. Спустя 5 —10 минут я снижал прилагаемое усилие до минимума. Это воздействие было завершающим при выполнении данного приёма и продолжалось от 1 до 3-х минут.

Ощущения пациентов в результате этого приёма отличались от ощущений, получаемых после других приёмов. Тепло появлялось в определённой последовательности снизу вверх и, прежде всего, там, где имелось нарушение со стороны сосудов (спазмированные сосуды, холодные участки тела) за счёт расширения капиллярной сети. Раскрытие её способствует приливу крови к тканям и появлению характерного тепла. Этому явлению есть ещё одно объяснение. С током крови по раскрытым капиллярам в ткани поступает кислород. В результате усиливаются местные окислительные реакции, протекающие с выделением тепла.

Приём пятый

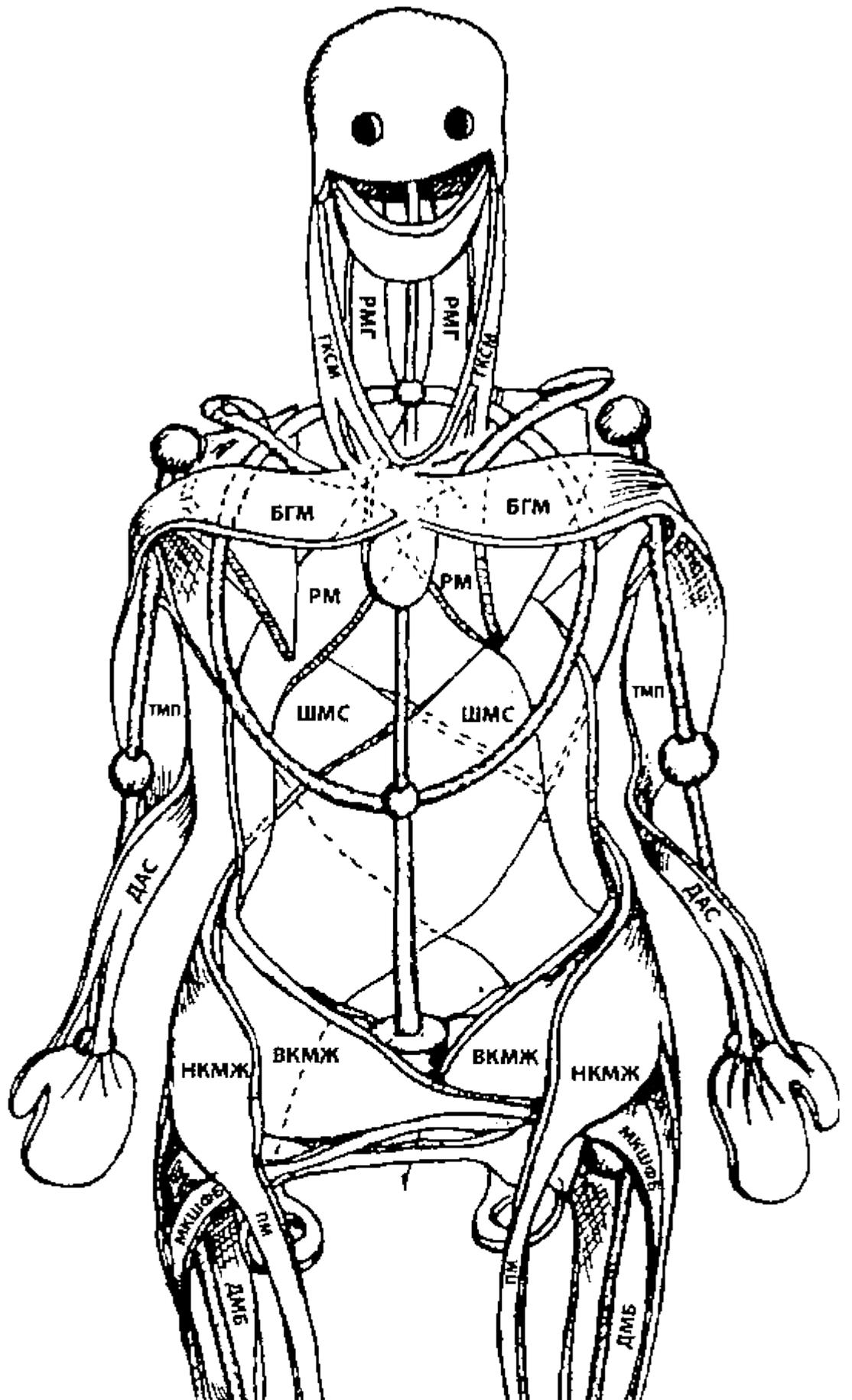
И. П. — пациент лежит на спине. Сидя сбоку кушетки, я ставил большие пальцы рук на вертел бедренной кости пациента. Совершая движения своим телом, я передавал кинетическую энергию через большие пальцы телу пациента. В результате толчка тело пациента вначале отклонялось в сторону, а затем воз- вращалось назад. Уловив завершающий момент движения тела пациента, я вновь совершал толчок, что приводило к ритмичному раскачиванию. Этот приём состоит из двух частей. Первая часть приёма проводится энергично и с большой амплитудой. Время воздействия до 20 минут. Вторая часть проводится в том же ритме, но с минимальным усилием и амплитудой. Время воздействия от 1 до 5 минут. Несмотря на минимальное усилие, ощущения пациента проявляются наиболее ярко именно во время этой части приёма.

Существует другой вариант исполнения приёма. Он заключается в том, что большой палец одной руки я укладывал на вертел бедренной кости, а палец другой — на головку плечевой кости. Я рекомендую использовать этот вариант тогда, когда возникают трудности, связанные с большим весом пациента, болезненностью в области тазобедренного сустава или поясничного отдела. Такие воздействия я проводил поочередно с двух сторон для синхронизации энергетического баланса тела.

Ритмичное движение тела пациента при выполнении этого приёма отличается от движений при приёмах, описанных выше. Это отличие заключается в том, что передача энергии толчка осуществляется на боковую часть тела, которое колеблется с элементами смещения и скручивания. Смещение тела приводит к аналогичным смещениям внутренних органов, что проявляется в улучшении их взаимоотношений на уровне связочного аппарата и нормализации функциональной деятельности.

Учитывая спиралевидную форму мышечно-связочного аппарата, боковое смещение туловища с точкой приложения усилий посередине приводит в движение мышцы и связки, скручивая и раскручивая их (Л. Кадырова, 1991 г.). В результате этих движений, повторяющихся на протяжении определённого времени, происходит расслабление мышц и связок. (См. схему на стр. 172).

Лечебное воздействие этого метода распространяется также и на костные структуры. Учитывая особое (косое) расположение костных балок, можно предположить, что крутящий момент прилагаемого усилия будет оказывать физиологическое влияние и на костные ткани. Особенно это касается длинных трубчатых костей конечностей, в метафизах которых имеются ростовые зоны. Стимуляция этих зон приводит к увеличению длины конечностей и, следовательно, роста человека. Особенно актуальным это становится при решении вопросов, связанных с задержкой роста у детей и подростков.



Мышечная спираль. Схема формирования (по Л. Кадыровой)

Наличие хронического напряжения в межкостных сухожильно-перепончатых перемышках между костями голени и предплечья может создавать не только болевой симптом, но и патологически сказаться на росте конечностей. Применение данного приёма наравне с другими оказывает неоценимую услугу в ликвидации нарушений, связанных с задержкой роста. Единственное, о чём не следует забывать, так это о возрасте пациентов. Чем меньше возраст, тем легче добиться результата. Наиболее перспективной является фаза «активного входа в рост подростков (11–13 лет).

При исполнении этого приёма релаксационные процессы распространяются также и на сосудистую сеть, сначала на уровне периферии тела, а затем и на уровне магистральных сосудов. В результате такого воздействия урежается пульс, увеличивается сократительная способность сердца и отмечается усиление пульсовой волны на периферических артериях. Снижается частота дыхательных экскурсий грудной клетки, и параллельно увеличивается объём вдыхаемого воздуха, что говорит о переходе жизнедеятельности организма на более экономичный режим. Эти изменения происходят и при всех выше описанных приёмах.

Приём шестой: «Нирвана»

И. П. — пациент сидит на стуле, его руки лежат на бёдрах, глаза закрыты. Стоя сзади, я укладывал руки на голову пациента таким образом, чтобы средние пальцы прикрывали слуховые проходы. Это необходимо для того, чтобы посторонние звуки не отвлекали пациента во время сеанса. Остальные пальцы располагались выше и ниже ушной раковины. Я просил пациента расслабиться и думать о чём-нибудь приятном или сконцентрировать внимание на какой-нибудь части тела. Затем я отклонял голову пациента в разные стороны. Мои движения были непрерывными и варьировались от прямолинейных до круговых. Эти действия были медленными и плавными. Амплитуда движений колебалась от нескольких градусов до максимальных значений.

Для того, чтобы не вызывать негативных или болевых ощущений у пациента, перед проведением приёма я проводил предварительное тестирование шейного отдела позвоночника, выявляя те направления, в которых пациент чувствовал ограничение или боль. При обнаружении их, я применял методы мануальной терапии. Если по каким-либо причинам устранить боль и ограничение не удавалось, я проводил этот приём, избегая появления боли. Движения головой в этом случае осуществлялись только до зоны ограничения или боли, и амплитуда движений была минимальной.

Практический опыт показал, что при отсутствии противопоказаний наибольший эффект возникал, когда движения головой совершались с максимальной амплитудой и минимальной скоростью движения.

Я заметил, что большинство пациентов входе процедуры начинали перенимать у меня инициативу и сами задавали ритм и амплитуду своим движениям. В этих случаях я отдавал инициативу пациенту и, не убирая своих рук, с активных действий переходил на пассивное сопровождение его головы. Это — физиологично и не противоречит методическим правилам.

При выполнении данного приёма в результате монотонного раздражения волосковых клеток полукружных каналов появляется эффект адаптации органов равновесия к этим движениям с последующим торможением активности коры головного мозга и наступающим вслед за этим расслаблением. При этом не возникают такие ощущения, как головокружение или тошнота. Элементы тревоги и страха при проведении этого приёма отсутствуют, а в ряде случаев пациенты с помощью релаксации избавлялись от этих симптомов. Всё это свидетельствует о физиологичности приёма.

Состояние пациентов, получаемое при выполнении данного приёма, является наиболее близким к состоянию «нирваны и проявляется в большей мере, чем при проведении описанных ранее приёмов. Достаточно часто пациенты отмечали, что через некоторое время от начала процедуры их мысли «куда-то уходят, голова «пустая и лёгкая, тело «практически не ощущается. На процедуру уходит не меньше получаса, а пациентам кажется, что прошло всего несколько минут.

В практической Йоге существуют приёмы медитации, на освоение которых требуется большое количество времени. Состояние «нирваны даёт общее расслабление тела (причём, здорового, каким является тело йога), но не решает тех конкретных задач, которые стоят перед врачом при лечении больного человека.

Предлагаемые мною приёмы позволяют получить медитативное расслабление за короткое время людям, которые никогда до этого не имели медитативной практики. Эти приёмы основаны на конкретном физическом воздействии с использованием биологически активных точек и зон, в чём и заключается их отличие от других приёмов релаксации, в том числе и от «холестического массажа. По современной терминологии, это приёмы со «специфическими эффектами, свидетельствующими о предметном воздействии и наличии явлений «последствия. Приёмы могут следовать в том порядке, который представлен здесь. Они могут применяться как в комплексе лечебных мероприятий, завершая лечебный сеанс, так и самостоятельно — при ликвидации или для предупреждения стрессовых ситуаций. Длительность выполнения одного приёма может составлять 1 час и более, до того момента, пока в организме начнут происходить ранее описанные специфические реакции.

Приёмы релаксации всегда рассматривались мной как очень тонкие, личностные и претендующие на особо доверительные отношения между пациентом и врачом. Считаю эти приёмы проявлением искусства, искусства врачевания в высшем его понимании.

МЫСЛИ ВСЛУХ

Бесспорно, качественное лечение и реабилитация требуют широкого набора лечебных средств. Врач на процедуре должен применить различные виды воздействия, а это невольно ведёт его к универсализации. По моему мнению, основа врачебной профессии должна быть неврологической. Дальнейшая универсализация должна касаться освоения методов физиотерапии, рефлексотерапии, мануальной терапии, фитотерапии, и далее по желанию. Это необходимо для того, чтобы, во-первых, не гонять пациента по врачебным кабинетам, и, во-вторых, чтобы самому врачу от начала до

конца отслеживать процесс лечения. Сказанное ни в коей мере не отрицает участия, при крайней необходимости, других специалистов.

О РЕФЛЕКТОРНОМ ВИДЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ

«В организме, как целом, его структурная единица — клетка неотделима от своих центробежного и центростремительного нервных аппаратов (А.А. Богомолец). Надо предполагать, что это правило действует в идеально отрегулированной (здоровой) системе. Если же сигнал, идущий к клетке или от неё, изменён, это может негативно сказаться как на самой клетке, так и на функции органа, частью которого она является. Подобная ситуация похожа на игру в «испорченный телефон, где играющие шёпотом передают друг другу информацию, сознательно искажая её. В результате такой передачи конечный смысл информации кардинально отличается от первоначального, вызывая смех у игроков. Так порой происходит и в организме, когда сигналы, идущие с периферии или к периферии, могут изменять свою первоначальную информационную сущность. Это происходит при условии наличия определённых помех на пути их следования. В клиническом аспекте это проявляется в виде парадоксальных реакций. Например, сосудорасширяющие вещества вызывают у пациента, перегруженного болезнями, спазм сосудов вместо ожидаемого их расширения, что проявляется в отсутствии лечебного эффекта или дальнейшем усилении спастического состояния.

Я был свидетелем, когда на конференции рефлексотерапевтов врач, делавший доклад, сокрушался: «При проведении тонизирующего воздействия акупунктурной иглой на биологически активные точки, возбуждающе действующие на канал желудка, наблюдался прямо противоположный эффект. Странен для доктора такой факт. Но если бы он мог проследить весь путь по каналу от искомой точки (клетки или группы клеток) до отделов центральной нервной системы, а оттуда к внутреннему органу (желудку), он увидел бы, что на пути прохождения импульса существует масса препятствий, способных его исказить. Эти препятствия могут изменить информационный или управляющий сигнал вплоть до противоположного значения. Особенно убедительно это выглядит при тепловизионном методе исследования. Отдельные участки кожи либо излишне «холодные, либо чересчур «горячие. В местах с низкой температурой тканей нарушен уровень кровообращения и замедлены окислительные реакции, а рецепторный аппарат клеток подавлен. Там, где температура тканей повышена, рецепторный аппарат клеток перевозбуждён. Визуально на коже пациента можно видеть явные «преграды, эти «преграды проявляются в виде рубцов после травм или операций. Это могут быть скрытые спаечные процессы, происходящие в коже, на границе покровных тканей кожи и фасций, покрывающих мышцы (собственное наблюдение). На семинарах я демонстрировал своим слушателям наличие скрытых рубцов на их телах, подтверждая тем самым факт достаточно широкого распространения этой патологии.

Диагностические приборы, измеряющие электрическое сопротивление кожи, также указывают на изменение сопротивления в местах патологии.

Существуют и другие диагностические параметры измерения электропроводности среды. Это электрический потенциал крови (Ph) и скорость оседания эритроцитов (СОЭ). При возникновении заболеваний изменяются показатели Ph и СОЭ, а с ними и качество электролита — межтканевой

жидкости и крови. Следовательно, реакция рецепторного аппарата и движение электрических импульсов также будут отличаться от физиологической нормы. Можно предположить, что функция рецепторного аппарата клеток и проведение импульсов по нейронам в тканях, накопивших продукты метаболизма, будут изменены.

Наличие процессов фиброзирования покровных тканей конечностей и туловища, характеризующихся изменением не только температуры, но и различных видов чувствительности, объясняет появление парадоксальных реакций со стороны нервной системы, тканей и внутренних органов на воздействие акупунктурной иглой или чрезкожными электростимуляторами.

Практика показывает, что устранение фиброза тканей, восстановление в них нормального уровня кровообращения и иннервации приводит и к ликвидации тех симптомов, с которыми пытаются бороться при помощи иглорефлексотерапии. Лечение органических поражений иглорефлексотерапией, как правило, неэффективно, так как не устраняет причину заболевания. Функциональные же нарушения могут быть устранены и простым психотерапевтическим или суггестивным способом. Для того, чтобы убедиться в этом, мне лично понадобился семилетний опыт практического применения иглорефлексотерапии. Я не против применения этих видов воздействия, как таковых. Речь идёт о другом. Оказываем мы влияние на причину, устраняя её, или наши усилия направлены только на следствие? Если с помощью любого вида воздействия врач ликвидирует причину заболевания и параллельно её последствия — это оправданный шаг. Если действия врача направлены только на симптомы — желаемого результата не будет.

О ФИЗИОЛОГИИ РАЗДРАЖАЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ

Нервная система, как наиболее лабильная и дифференцированная, обладая бесконечной массой рецепторов, пронизывающих все органы и ткани, принимает на себя действие физических и химических (в том числе и лекарственных) раздражителей, трансформируя их в нервный импульс. При полной сохранности рецепторного аппарата, путей проведения импульсов и функции ЦНС, а также при наличии оптимальной реакции клеток органа или ткани в организме устанавливается сбалансированная система, позволяющая адекватно реагировать на внешние и внутренние раздражители. Если на любом участке этой цепи наступают изменения, приводящие к разобщению между этими звеньями, наступает процесс неконтролируемых, парадоксальных реакций или их полное отсутствие.

О СТЕПЕНИ ДОСТАТОЧНОСТИ РЕФЛЕКТОРНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ

Раздражение, прилагаемое к рецепторам, может быть различным. Оно может быть подпороговым, пороговым и надпороговым (болевым). Необходимо чётко представлять себе этот процесс, чтобы в ходе лечения использовать только то количество энергии (её вид, характер, силу, глубину, длительность, место), которое вызовет нужный терапевтический эффект. Я имею в виду применение

физического фактора, или какого-нибудь химического вещества (его концентрацию, чистоту и пр.).

Влияние лечебного воздействия на ткани постепенно затухает во времени, в результате чего возникает потребность в нанесении повторных раздражений. Но только до тех пор, пока не наступит адаптация к раздражителю. В данном случае речь идёт о разумной степени достаточности воздействия. В современной физиотерапии такого контроля практически нет. Как правило, назначается определённое количество сеансов, после проведения которых лечение считается завершённым. Бывает, что уже на 3-м, 4-м или 5-м сеансе получен положительный результат, но лечение продолжается, поскольку назначено 10 сеансов. Когда же при дальнейшем продолжении лечения у больного на очередном сеансе происходит обострение основного заболевания, физиотерапевтическое лечение отменяется. Казалось бы, мы зашли в тупик. Но выход есть. И он заключается в использовании такого метода диагностики, как тепловизионный. С его помощью можно проследить за ходом лечения от сеанса к сеансу, меняя или корректируя место, время, силу и вид раздражения в зависимости от того, изменяется или нет уровень кровообращения тканей.

Проводя диагностику с помощью тепловизора от первого сеанса до последнего, я на каждой процедуре сравнивал результаты проводимых мной лечебных мероприятий и корректировал свои действия в зависимости от полученных данных (фото 2–9 на цветной вклейке).

Этот принцип должен, по моему мнению, применяться и при лечении других заболеваний. Например, чтобы кардиолог, назначая препараты больному с патологией сердца, через день (два, три) проводил пациенту ЭКГ-исследование, сравнивая получаемые показатели с первоначальными данными, дабы убедиться в эффективности назначенного лечения.

О ФИЗИОТЕРАПИИ

Количество и вид лечебных воздействий определяются стойкостью патологических процессов. Для того, чтобы получить необходимый лечебный эффект, необходимо придерживаться описанного выше принципа достаточности рефлекторного воздействия. В связи с этим возникает несколько вопросов. Как пациент, применяя в домашних условиях такой вид лечения, как транскраниальную электростимуляцию (ТЭС, прибор применяется в лечебных учреждениях и продаётся для использования в быту), может определить эту самую разумную степень достаточности воздействия? По общему самочувствию? По исчезновению болевого симптома? А как быть с причиной недуга? Представим себе, что пациент получил желаемое обезболивание, а причина осталась, и патологический процесс продолжится в своём развитии. Нужна ли ему такая помощь?

Подобные вопросы можно задать производителям и пользователям таких «домашних аппаратов, как ДЭНАС, СКЭНАР, ЧЭНС, ВИТАФОН и пр.

ОБ АДАПТАЦИИ

У клеток существует память на различные виды раздражения, которым они подвергались. Повторная встреча с таким раздражителем либо сразу включает необходимую реакцию на различные изменения в течении патологических процессов, минуя многие предварительные стадии ответа, либо вызывает

реакцию на немедленную организацию физиологического блока. Это похоже на нашу реакцию, когда, например, мы встречаем давнего друга или человека, принёсшего нам в прошлом негативные переживания. Ответная реакция вегетативной нервной системы в этих двух случаях будет различной.

Сила раздражения, прилагаемая к рецепторам, должна соответствовать физиологическому состоянию всей рефлекторной дуги на момент воздействия. Подобно тому, как одному человеку с нарушением слуха достаточно говорить шёпотом, чтобы он услышал, а другому надо кричать в ухо. У первого человека рефлекторная дуга откликается только на подпороговый уровень раздражения, тогда как у другого на сверхинтенсивный (надпороговый). Если нервная система (рефлекторная дуга) перевозбуждена, то воздействие должно быть на уровне микродоз, как в гомеопатии, на подпороговой величине. Лечение в этом случае должно проводиться коротким курсом. Время на сеанс — минимальное, промежутки между сеансами — короткие, от нескольких часов до одних суток. Эту систему необходимо как можно быстрее успокоить. Если нервная система наоборот подавлена, атрофична, адаптирована, то уровень наносимого раздражения должен быть максимальным, время воздействия продолжительным, промежутки между сеансами длительными, через 1–2–3 дня. Перерывы между сеансами такой длительности необходимы, чтобы дать организму время на организацию собственных саногенетических реакций. Важно заставить нервную систему измениться в заданном направлении. При этом необходимо снять адаптацию ЦНС к патологическому очагу.

Необходимо помнить, что если заниматься только релаксацией и не включать в процесс лечения внутренние органы и ткани, в которых скрыта причина патологии, то можно «свалиться в стадию обострения основного симптома болезни. И в нашей мануальной медицине постманипуляционные осложнения возникают в тех случаях, когда не принимаются меры для ликвидации причины патологии. Если же наряду с ликвидацией причины снимается и адаптация, наступает выздоровление.

По определению известного физиолога Ганса Селье (1936 г.) адаптация — это совокупность неспецифических изменений в организме человека или животного при воздействии любого патогенного раздражителя, которая по существу является клиническим проявлением стресс-реакции, всегда возникающей при любых неблагоприятных для организма условиях. Помимо положительных моментов (адаптация к стрессам, к физическим факторам внешней среды и т. д.), она может иметь и отрицательное значение.

Мне, врачу-практику, чаще всего приходится иметь дело с негативной стороной этого явления, так как именно она является причиной хронически текущего асептического воспаления, характеризующегося местной гипертермией. Адаптация может стать причиной поддержания сосудистой недостаточности с характерным проявлением в виде стойкой гипотермии тканей.

Этот вывод основан на практической работе и подтверждён тепловизионным и электропунктурными методами исследования (аурикулярная диагностика, методы по Накатани и Фоллю).

Асептическое воспаление, характеризующееся повышением местной температуры тканей и развивающееся, например, в области дугоотростчатых суставов позвоночного столба, вовлекает в воспалительный процесс симпатические ганглии и спинномозговые корешки, что приводит к раздражению и возбуждению симпатического отдела нервной системы. Для

компенсации избыточного симпатического влияния на организм парасимпатический отдел нервной системы должен постоянно повышать свою активность. В конце концов, наступает столкновение двух процессов: возбуждения и торможения. Компенсаторные механизмы вегетативной системы (догоняющая сторона) истощаются быстрее, и наступает симпатикотония. Её проявления настолько многогранны (от невротических расстройств до органических поражений органов и тканей), что могут поставить в тупик любого врача.

Возникают вопросы, как своевременно выявить место асептического воспаления и каким образом устранить явления адаптации? Первое выявляется с помощью тепловидения. Что касается второго вопроса, то мы, понимая, что организм самостоятельно не может локально снизить температуру тканей в очаге асептического воспаления, должны оказать ему эту помощь извне, в виде локального применения криотерапии, так как при снижении температуры тканей иммунные клетки теряют свою активность, и процесс воспаления прекращается. Приёмы, направленные на устранение причин, приводящих к патологическому снижению температуры тканей, описаны в соответствующих главах этой книги.

В связи с этим хочу особо подчеркнуть, что если мы хотим получить долговременный лечебный эффект, то любое воздействие на ткани должно носить строго конкретный характер. Каждый патологический процесс должен получить свой вид воздействия. Считаю этот вывод основополагающим для всех форм врачевания, о которых идёт речь в данной работе.

О ВРАЧЕБНОЙ УНИВЕРСАЛИЗАЦИИ

Суммированное раздражение рецепторного аппарата клеток различными видами физических факторов в моей практике всег- да приводило к усилению терапевтического эффекта и было более предпочтительным, нежели применение монофакторного воздействия. «Сухое растирание и разминание кожных покровов я дополнял последующим применением метода д'Арсонваля. Вибрационное воздействие на мышцы завершалось применением магнитноимпульсной или электроимпульсной терапии. За механическим воздействием на суставы следовали тепловые аппликации из парафина или озокерита, или криотерапия, в зависимости от тепловизионных данных. Ручное вибрационное воздействие на область почек сочеталось с электростатической вибрационной физиотерапией, после которой следовал мануальный приём по устранению нефроптоза.

Все виды воздействий осуществлялись в одном кабинете и составляли единый лечебный процесс, а разъединение его на части означало разрыв целостного подхода к организму пациента. Работая с пациентом, я наблюдал как за его общей реакцией, так и за реакцией его тканей на различные виды воздействия, что во многом предопределяло мои последующие тактические планы.

Однако не все физические факторы совместимы. Часть воздействий должна проводиться абсолютно самостоятельно, ни с чем не сочетаясь.

По этому поводу возникает несколько вопросов. Какие виды воздействий сочетаемы, а какие нет? Так ли необходимо многофакторное воздействие организму? Если оно необходимо, кто из специалистов должен участвовать в лечебном процессе?

Ультразвуковая, лазерная и диатермотерапия по правилам физиотерапии ни с чем не совместимы. Эти методы воздействия, которые сегодня находятся на вооружении существующих физиотерапевтических кабинетов, на мой взгляд, не являются физиологичными и могут представлять опасность для человека. Без них можно спокойно обойтись, что и подтвердил мой практический опыт и опыт моих коллег.

Необходимость многофакторного воздействия объясняется тем, что в патологический процесс втянуты различные органы и ткани, а с каждой тканью необходимо «общаться на понятном ей языке. Например. Для мышц характерно состояние постоянной смены сокращения и расслабления, то есть своеобразной вибрации. Это происходит даже тогда, когда человек спит или находится в бессознательном состоянии. Работа мышц поддерживает температуру тела и осуществляет венозный возврат крови к сердцу. При их атонии частота сокращений уменьшается, а при спастическом состоянии — повышается. Поэтому с мышцами лучше всего «вести разговор с помощью вибрации, то есть использовать ручные технологии или вибрационные устройства, благо, что сегодня недостатка в них нет. Здесь важно правильно подобрать частоту прилагаемой вибрации.

Суставы понимают язык движения. При их патологии лучше всего использовать движения, учитывающие строение каждого сустава. Технология этих приёмов достаточно подробно описана в литературе.

Связки понимают язык растяжений, что и должно быть использовано в полной мере. Наибольший эффект при работе с ними дают специальные методы мануальной терапии и массажа.

Жидкие среды организма, такие, как кровь, лимфа, спинномозговая жидкость представляют собой электролиты со своими биохимическими реакциями, и чтобы изменить их течение, необходимо применять специфические средства (от чистой воды до перекиси водорода, кровопускание, трудотерапию и т. д.)

Головной и спинной мозг, нервы и их окончания понимают язык электрических импульсов, так как сами работают на этой основе. Здесь важно знать, что положительный эффект даёт применение только таких импульсов, которые максимально приближены к форме импульсов, генерируемых самим мозгом. Все остальные (синусоидальные, прямоугольные и т. д.), не относящиеся к физиологичным, будут заставлять организм выстраивать защиту от них, что можно наблюдать при применении диодинамических токов, амплипульса и пр. Я считаю, что использование этого вида электрических импульсов не имеет смысла, так как, снимая на время боль, мы искажаем картину заболевания и скрываем истинную причину патологии.

При лечении пациентов с травмами и заболеваниями нервной системы я использовал современную аппаратуру, создающую нейроподобные импульсы (СКЭНАР).

Бесспорно, качественное лечение и реабилитация требуют широкого набора лечебных средств. Врач на процедуре должен применить различные виды воздействия, а это невольно ведёт к его универсализации. По моему мнению, основа врачебной профессии должна быть неврологической. Дальнейшая универсализация должна касаться освоения методов физиотерапии, рефлексотерапии, мануальной терапии, фитотерапии, и далее по желанию. Это необходимо для того, чтобы, во-первых, не гонять пациента по врачебным кабинетам, и, во-вторых, чтобы самому врачу от начала до конца отслеживать

процесс лечения. Я прошел этот путь и считаю, что его могут пройти и другие, было бы желание. Это ни в коей мере не отрицает участия других специалистов, как в диагностике, так и в лечении.

Пример. За помощью обратилась больная с жалобами на боли в поясничном отделе. Что необходимо сделать в этом случае? Оценить обзорный снимок её таза и поясничного отдела позвоночника, провести ректальное обследование прямой кишки, связочного аппарата диафрагмы таза. Пальпаторно исследовать органы брюшной полости (расположение слепой и сигмовидной кишок, мочевого пузыря, матки и придатков, тонкого кишечника, почек и мочеточников). Получить и оценить клинические анализы крови, мочи, кала, а также данные ультразвукового исследования органов брюшной полости. Скольких врачей должна обойти больная, чтобы каждый её осмотрел и дал своё заключение? А ведь эту работу может провести один врач и получить целостное представление о состоянии организма пациентки. Для врача-практика никакой сложности это не представляет.

А теперь, предположим, что врач нашёл патологию в мышцах спины, застойные явления в области почек и опущение одной из них, наличие спаечного процесса между петлями кишечника и рядом лежащих органов. В дополнение, всё это усугубляется психоэмоциональным перенапряжением пациентки.

Смоделирую возможные врачебные действия при сложившейся ситуации. Лечебный сеанс необходимо начать со снятия психоэмоционального напряжения. Если врач этого делать не умеет, то пациентку придётся направить к психологу. Затем следует провести лечение поражённых мышц. Если он и этого не умеет, то попросит, чтобы процедуру провёл массажист или физиотерапевт. Далее, врач должен применить вибростатический электромассаж (магнитоимпульсную, электроимпульсную терапию), или отправить пациентку в физиотерапевтический кабинет. Следующий этап лечения — приём мануальной терапии, после которого выяснится, что боль в поясничном отделе вызвана застойным процессом в почках. И опять врач решает почти гамлетовский вопрос — подготовить ткани, окружающие почки, и сами органы к последующему воздействию и провести необходимую терапию самому, или снова послать больную по «кругу узких специалистов? По всей вероятности, он направит пациентку к узкому специалисту. По сути, так сегодня в большинстве случаев и происходит. Если лицензионная комиссия узнает, что врач превышает свои полномочия, она запретит ему практическую деятельность. Но кому служить? Чиновникам или нуждающимся в нашей помощи людям? В более выгодном положении находятся жители больших городов, где можно получить разностороннюю консультацию и помощь. А как быть тем, кто живёт в небольших городах и посёлках, где таких условий нет? Отправлять больного каждый раз в город, или всё-таки решать лечебные задачи на месте?

Основной вопрос упирается в организацию диагностики. Каждый врач-практик должен быть «вооружен тепловизором и другими техническими средствами. Это должно сделать государство, ведь снабдило же оно тепловизионными камерами противотанковые и противопехотные ракеты, почему не сделать это для людей, для здоровья нации?

В завершение темы врачебной универсализации приведу пример из жизни. Некоторые пациенты приходят ко мне с проблемами, связанными с наличием скрытых инфекций. Как правило, это патология мочеполовой сферы. Мои

коллеги знают, что в результате приспособительных реакций организма у данных пациентов возникают боли в спине и конечностях (меридиан мочевого пузыря и меридиан почек), по поводу которых они обращаются к неврологам. Этим пациентам необходима специфическая помощь, поэтому я обратился в медицинский центр, к врачу урологу, с просьбой проводить отбор проб для исследования и назначать соответствующее лечение поступающим от меня пациентам. Он согласился. Тогда я предложил ему оказать помощь конкретному пациенту, но предупредил, что у него при УЗИ обнаружены камни и песок в почках. На что врач ответил, что это прерогатива нефролога, подчеркнув, что он только уролог. Продолжая разговор, я сказал, что у данного пациента имеется проблема и с предстательной железой. Опять я услышал, что он лишь уролог, а эту задачу должен решать андролог.

Как же так получилось, что врач, получивший высшее образование, прошедший последипломный курс усовершенствования, ограничен врачебной деятельностью в пределах мочевого пузыря и того, что от него отходит? А как же быть с мочеполовой системой, в которую входит не только мочевой пузырь? Оправдано ли наличие такого профессионально «узкого специалиста? Я думаю, что нет. Мой родственник обратился к стоматологу, ему надо было поставить пломбы на верхнюю четверку и нижнюю семерку. Передний верхний зуб врач лечить отказалась, объяснив, что она занимается только нижними зубами. Для меня это звучит анекдотично. Как может быть такое в Санкт-Петербурге сегодня — непонятно. Здесь напрашивается аналогия с врачом урологом, не так ли?

В хирургии узкая специализация оправдана и бесспорна, тогда как в терапии врач должен быть универсалом.

Мой знакомый уролог, оправдываясь, сказал, что рамки его врачебной деятельности ограничены решением лицензионной комиссии, и выйти за них он не имеет права. Не в этом ли кроется ещё одна причина разделения врачебных специальностей, число которых доходит сегодня до 54?

О КЛЮЧЕВЫХ ЗОНАХ

Работая с телом человека, я пришёл к выводу, что существуют так называемые «ключевые зоны (собственный термин), и, раздражая их, можно получить те симптомы, на которые предъявляет жалобы пациент. Ключевые, то есть своеобразные ключи, с помощью которых можно кардинально «открывать запоры, за которыми прячется болезнь.

Именно на них я обращал своё внимание в первую очередь, так как чаще всего именно они являлись первопричиной болезни. Разрушая патологический очаг в ключевой зоне, я воздействовал не только на эту область, но и на те органы и ткани, с которыми эта зона связана. В результате полностью исчезали вегетативные проявления болезни. При воздействии на ключевую зону пациент, как правило, испытывал различной силы и вида иррадиацию, идущую в патологический очаг (орган или часть тела), и напоминающую те симптомы, с которыми он обратился за помощью. Затем наступал лечебный эффект, который был настолько ярким, что мгновенно переводил пациента в число поборников безлекарственного метода лечения.

Вопрос — как найти эти зоны? Для врача широкого профиля это не проблема, для узкого специалиста — задача невыполнимая. Например, врач кардиолог, принимая пациента, жалующегося на боли в сердце с отдачей по левой руке, не подозревает, что причина этих болей находится не в сердце, а

совсем в другом месте. В месте ключевой зоны, при нажатии на которую у пациента появится прежняя сердечная боль, как по силе, так и по характеру. Эта зона может находиться в желчном пузыре или тонком кишечнике, в области пупка, в шейном или грудном отделе позвоночника, а чаще всего в районе подостной ямки левой лопатки, или в области слепой кишки!

Приведу несколько примеров из практики. У пациента клинические проявления вегетосудистой дистонии (ВСД) протекают по атоническому или гипертоническому типу, болезнь связана с ущемлением сосудов, идущих в головной мозг, или покидающих его. В одном случае имеется снижение внутричерепного давления за счёт ограничения поступления крови по одной из артерий (внутренней или наружной сонной артерии, или позвоночной артерии). В другом случае его повышение за счёт ограничения венозного оттока. При обследовании пациентов с подобными симптомами, как правило, определяется напряжение мышц, формирующих подчелюстную и подключичную диафрагмы. Как только снимается спазм с этих мышц, так практически сразу исчезают и симптомы ВСД. Методами верификации правильно проведённой терапии являются тепловизионный метод диагностики и ортостатический метод, описанный в специальной главе. Так, до лечения на термограмме видна одна картина распределения крови по лицевой части тканей головы и шеи, а после лечения — уже другая, свидетельствующая о восстановлении кровоснабжения.

Таким образом наглядно отображается сам принцип этиологического подхода в медицине — есть причина, и есть следствие. Подействовали на причину — исчезло следствие. И при этом не были задействованы лекарственные препараты.

Ключевой зоной в данном примере оказались поражённые участки глубоких мышц шеи в области их прикрепления к ключице, первым двум рёбрам внизу, и к нижней челюсти, сосцевидному отростку, затылочной кости и шейным позвонкам вверх.

Следующий пример касается болевого симптома, распространяющегося по ноге. Как правило, одной из ключевых зон этого симптома является область средней и малой ягодичной мышцы. Если произвести глубокую пальпацию этой мышцы, можно получить появление или усиление болей по всей ноге с иррадиацией, как в поясничную область, ягодицы, так и в наружную лодыжку и пальцы стопы. Достаточно часто этот симптом «ложной ишиалгии (собственный термин) был причиной упорных болей у пациентов, направляемых на операцию иссечения грыжи позвоночника, наличие которой не имело никакого отношения к причине болевого симптома. Глубокая пальпация ключевой зоны вызывала усиление боли, идентичной по характеру боли, имеющейся у пациента. Последующая терапия этой зоны приводила к её исчезновению. После проведённой терапии пациент ощущал свободу в движении, лёгкость и тепло в этой конечности, подтверждаемое при последующем тепловизионном исследовании. Причиной такого рода патологий зачастую становятся инъекции лекарств в ягодичную область, а следствием — боль, иррадиирующая по ноге и в различные участки тела.

Таких ключевых зон в теле человека достаточно много. Основным методом их поиска является глубокая пальпация тканей. Достаточно часто приходится слышать о том, как коллеги во время процедур сами, непроизвольно, попадали на эти зоны и пациенты отмечали иррадиацию вегетативных ощущений в другие части тела. Но, к сожалению, отсутствие должной информации, методов дальнейшего поиска и последующих практических

действий в ключевой зоне не позволяли им добиться желаемого результата. А он был так близко!

Говоря о ключевых зонах, я не открываю Америки. Корни этого направления уходят в глубь столетий. Кстати, китайский метод иглоукалывания начинался со сбора подобных сведений и их дальнейшей стандартизации. Так, говорят, что один крестьянин при прополке своего поля ударил мотыгой по большому пальцу ноги и пошла кровь, после чего у него исчезли головные боли, донимавшие его годами. По всей вероятности, он когда-то повредил себе этот палец, что впоследствии повлияло на изменение статокинетической цепи тела и привело к появлению хронических головных болей. В данном случае методом «клин — клином была устранена причина его недуга. Этот феномен не покажется вымышленным, если внимательно рассмотреть схему формирования мышечной спирали по Л. Кадыровой (см. стр. 172).

Проекция головы человека приходится на большие пальцы рук и стоп. В настоящее время используется так называемая СУ-ДЖОК терапия, заключающаяся в укалывании точек на кистях рук и стопах ног, в места проекций внутренних органов и частей тела. Одно здесь важно уточнить — соответствует такая терапия устранению причины, или нет. В связи с тем, что ко мне обращалось достаточное количество пациентов с безуспешными результатами СУ-ДЖОК терапии, можно предположить, что данный метод узко специфичен и не распространяет своего воздействия на ликвидацию патологических причин. Действие СУ-ДЖОК терапии может быть эффективным только при наличии функциональных отклонений в организме, но не органических поражений органов или тканей (собственное мнение).

Если это касается лишь стадии функциональных изменений, то действенными могут быть такие методы, как приём обезболивающих или спазмолитических препаратов, массаж, рефлексотерапия, психотерапевтическое лечение, в том числе суггестия, частью которой является экстрасенсорика.

Когда ткани или органы подверглись деструктивным изменениям, все вышеперечисленные методы не помогут. Они лишь оттянут время развязки до того момента, когда без хирурга действительно будет не обойтись. Это в лучшем случае.

О ПРИЧИНАХ, ЖИВУЩИХ В НАС

В настоящее время доказано, что вирусы, бактерии, простейшие, грибы и гельминты проникают в организм человека и завоёвывают пространства тканей и органов в большинстве своём в том случае, когда они находят там подходящую для них среду обитания.

В здоровом организме, где гуморальный и клеточный иммунитет находятся на высшем уровне, где микроциркуляция крови полностью соответствует запросам организма, где иннервация, связывающая ткани с корой и подкорковыми центрами головного мозга, управляется беспрепятственно, где процессы пищеварения протекают по ферментативному (в тонком кишечнике) и по бактериальному (в толстом кишечнике) типам с отсутствием явлений дисферментации и дисбактериоза, где отсутствуют нарушения в соотношении мышц, связок, костных и суставных структур, где соблюдены правила общей и личной гигиены, — там нет места и предпосылок для существования вышеперечисленных чужеродных организму человека биологических структур.

Однако разного рода травмы, начиная с родовых, простудные заболевания, пищевые отравления, грязная вода, воздух, почва, подверженность стрессам, патогенное влияние Космоса, неоправданно близкий контакт с животным миром (содержание дома пернатых, пресмыкающихся, кошек, собак с несоблюдением элементарных правил личной гигиены), приём антибиотиков, преобладание белково-углеводной пищи и недостаток клетчатки — всё это способствует снижению иммунитета и развитию дисбиоза и дисбактериоза.

Эти и другие причины приводят к созданию условий для паразитирования в организме человека вирусов, бактерий, простейших и гельминтов. Каждый вид паразитов несёт в себе ещё и своих паразитов, для которых организм человека является промежуточным (т. е. не основным хозяином). Они могут тоже повреждать ткани человека если не напрямую, то опосредованно, через свои продукты жизнедеятельности, являющиеся для человека токсинами, способными вызывать аллергические реакции, сбои в иммунной системе и пр.

«Тихие эпидемии — потому и тихие, что не вызывают явных клинических проявлений. Нет выраженной боли, высокой или повышенной температуры, других симптомов. А что же есть? Есть снижение общего и клеточного иммунитета, гиповитаминоз, недостаток микро- и макроэлементов, общее недомогание, снижение жизненного тонуса, утомляемость, бессонница, частые простудные заболевания, трудности с лечением хронических заболеваний и многое другое.

В ходе практической деятельности при обследовании женщин, имеющих проблемы с деторождением, мы всегда сталкивались с наличием той или иной скрытой инфекции, а чаще с целым их набором.

Рассмотрим самые распространенные из них. Это вирусы: герпеса, папиллом; простейшие: трихомонады, лямблии, амёбы и пр.; грибы: кандиды и пр.; гельминты: плоские, круглые и пр.; патогенные микроорганизмы: стрептококки, стафилококки, клебсиеллы, иерсени и пр. Все они могут оказывать прямое, либо косвенное, опосредованное воздействие.

Род трихомонад (ротовая, кишечная, урогенитальная), относящийся к классу жгутиковых (под микроскопом на теле паразитов видны жгутики), является наиболее опасным паразитом для человека. Различают манифестную (т. е. клинически выраженную) форму, и бессимптомную, когда отсутствуют клинические проявления.

При наличии благоприятных условий, отмеченных ранее, трихомонады начинают расселяться по всему организму с током крови, переходя со слизистых на внутриклеточный уровень паразитирования. Особенно это касается затяжных форм, или когда лечение проводится без учёта состояния местных тканей (наличие застойных очагов с низким уровнем местного кровоснабжения). Кисты, миомы, мастопатические узлы, простатит и аденома, пародонтит, бесплодие, атеросклеротические бляшки на сосудах, полипы (где бы они ни находились) — всё это наряду с другими причинами может быть результатом жизнедеятельности трихомонад, с той лишь разницей, что со слизистого слоя в начале заболевания они перешли на тканевую, а точнее на внутриклеточный уровень паразитирования, являясь причиной самого грозного недуга, такого, как рак, из-за способности вызывать мутацию клеток. Есть тут и позитивный момент. Заключается он в том, что при правильном и своевременном лечении вслед за гибелью колоний трихомонад исчезают и перечисленные выше

патологии — рассасываются кисты, исчезают полипы, миомы и аденомы, а главное — регрессируют опухоли.

Отдельно надо обсудить такой вид паразитов, как глисты. По данным ряда исследований, проведённых авторитетными учеными, дети (особенно «организованный контингент») заражены глистами почти поголовно. Взрослое население также имеет высокий процент заражённости. По данным патоморфологической лаборатории Москвы и Московской области, в подавляющем большинстве присланных им на гистологическое обследование удалённых аппендиксов лаборанты находили в стенке аппендиксов большое количество мелких взрослых глистов, их личинок и яиц. Ткань стенки кишки разъедается и воспаляется. Теперь становится понятным, почему у людей возникает аппендицит. То же касается и геморроидальных узлов прямой кишки. Глисты разъедают стенку кишки, она истончается и достаточно незначительного натуживания при дефекации, или образования кала чуть плотнее обычного, как стенка перерастягивается и вены выступают за свои естественные пределы.

Цикл развития аскаридоза осуществляется через лёгкие, когда в альвеолы сначала с током крови попадают яйца глистов, затем из них образуются личинки. Последние, выходя из альвеол, вызывают клинику острого бронхита или пневмонии с кашлем и мокротой, в которой находятся личинки. Мокрота естественно большей частью проглатывается, и личинки достигают кишечника, внедряясь и развиваясь до взрослого состояния.

Взрослые глисты питаются клетками крови, впитывая в себя витамины, микроэлементы и пр., оставляя организм на голодном пайке. Замечено, что при приёме человеком, заражённым глистами, витаминов, микроэлементов и др. средств количество глистов увеличивается, усугубляя и без того бедственное положение организма. В онкологических институтах США установлено, что расселение мелких (1/3 часть миллиметра) глистов-нематод по тканям организма вызывает раковое перерождение клеток в месте их проживания. Наряду с другими причинами, частой причиной рака прямой кишки, простаты и прилегающих тканей являются всё те же глисты и жгутиковые.

К сожалению, приходится констатировать неудовлетворённость работой паразитологических лабораторий, хотя далеко не во всём виноваты они. Во-первых, анализы кала на яйца глист весьма времяёмкие, а количество присылаемого материала по представленной ранее картине заражённости населения большое. Во-вторых, найти яйца глистов трудно из-за того, что их выделение в просвет кишечника не является процессом постоянным. В-третьих, ряд глистов откладывают свои яйца не в просвет кишок, а в саму стенку, и поэтому их трудно определить. Учитывая эти факторы, а также и то, что некоторые глисты развиваются стадийно (яйцо—личинка—глист—яйцо), однократный приём противоглистных средств не даст окончательно положительного результата. А о том, что лечение следует проводить курсами (как минимум, три курса), сегодня мало кто знает.

И, наконец, ещё один аргумент, имя которому — д и с б а к т е р и о з. Ранее было упомянуто о том, что в толстом кишечнике осуществляется микробный тип пищеварения. Происходит он благодаря большому количеству видов полезных для человека микроорганизмов. Основным материалом для беспрепятственного размножения и жизнедеятельности этих микробов является клетчатка. При снижении её количества и качества в кишечнике наступают неблагоприятные условия для полезных нам микробов. Снижаются темпы их размножения и жизнедеятельности. Молочно-кислое и спиртовое брожение

подавляется, уступая место уксусно-кислому и гнилостному брожению и гниению, при котором в кишечнике полно слизи и газов (метан), являющихся токсичными для многих органов и систем. Пища плохо переваривается, ряд питательных веществ не усваивается, в том числе витамины и микроэлементы — это сразу сказывается на качестве жизни человека. Резко падает иммунитет как общий, так и местный. К человеку начинают «цепляться» разные болезни. Первыми страдают органы выделения: легкие (ОРЗ, бронхиты, пневмонии, туберкулёз); почки (пиелонефриты, циститы, уретриты); кожа (угри, себорея, фурункулы, кератозы, раннее старение кожи в виде морщин и фиброза, аллергические высыпания, рожистые воспаления, псориазные изменения, выпадение волос, ломкость ногтей и пр.); кишечник (запоры, поносы, дивертикулёз, полипы, трещины и геморрой). Затем в процесс болезни и старения вступают и другие органы и ткани.

Основным в этом процессе является то, что на место нашей нормальной микрофлоры приходят и поселяются (ещё больше вытесняя её) другие микроорганизмы, такие, как стафило- и стрептококки, условно-патогенные микроорганизмы, грибы, дрожжи, плесени. Они не участвуют в процессе пищеварения, а лишь отравляют организм человека продуктами своей жизнедеятельности (токсинами), ещё больше загоняя его в тупик разнообразных дефицитов и патологий. А человек (и врач, и пациент) недоумевает, почему, несмотря на лечение, облегчения не наступает?

Почему появляются симптомы, так похожие на дефицит определённых витаминов или микроэлементов, или того и другого вместе? Почему, несмотря на лечение антибиотиками, повторно высеваются те же штаммы микробов?

Наличие патогенной микрофлоры в кишечнике обуславливает попадание в кровь продуктов их жизнедеятельности, являющихся для организма токсинами (читай — ядами). Весьма неблагоприятным фактором является то, что токсины разрушающе действуют на печень и почки, изменяя биохимические реакции и вызывая развитие желче- и мочекаменной болезней.

Перечень заблуждений можно продолжать долго. Важно понять, что причина многих патологий лежит в сфере деятельности толстого кишечника. Даже такое явление, как сколиоз и деформация позвоночника (функциональные блоки или нестабильность позвонков), начиная с детского возраста может иметь причину, кроющуюся в брюшной полости. Отсюда понятны безуспешные усилия мануальной терапии в устранении данной патологии, так как лечение направлено не на причину, а лишь на следствие. А причина в том, что мозг на уровне подсознания «знает, где находится очаг скрытой патологии, и под этот очаг формирует осанку (в т.ч. и сколиотическую), которая позволяет организму жить с наименьшей болью и наименьшими энергозатратами.

Учитывая тот факт, что наша пища в основном углеводисто-белковая и в ней катастрофически мало клетчатки, особенно её грубых фракций, становится понятным, почему происходят эти безобразия с нашим пищеварением и соответственно со здоровьем. Полноценная, лишённая консервантов пища в сочетании с натуральными (растительного и животного происхождения) лечебными препаратами способна подавлять патогенную микрофлору, создавая при этом благоприятные условия для размножения полезной: бифидо-, лакто-, пропионо- и других бактерий.

Санитарно-гигиеническая грамотность, высокая степень личной гигиены, соблюдение необходимых правил и навыков, принятие грамотных лечебных и

профилактических мер позволят избежать многих заболеваний и преждевременного старения организма.

Таким образом, приходим к выводу, что процесс оздоровления организма — прерогатива не только медицины. Это общая социальная задача, задача всех и каждого, базирующаяся на высоком уровне как общественной, так и личной гигиены.

Выводы

Попадание в организм различного вида паразитов, простейших, бактерий и пр. вызывает в тканях патологические изменения, которые «сигнализируют» в центральную нервную систему о неблагополучии. На ранних этапах этих патологий, когда болевых проявлений в сознании пациента ещё нет, на уровне подсознания начинает формироваться управляющий сигнал. Смысл этого сигнала сводится к тому, чтобы создать (или создавать в динамике развития) такое положение тела (или расположение органов), при которых раздражение или боль были бы наименьшими. Таким образом, в начале патологии появляются защитные реакции в виде сколиотической осанки тела. Иногда из-за напряжения или расслабления связочного аппарата происходит смещение внутренних органов. С течением времени эти процессы ужесточаются и временная компенсация в начале патологии переходит в фазу повреждения тканей, подвергшихся компенсации. Появляется болевой синдром, с чем пациент и обращается за помощью.

Когда такой пациент со сколиотической осанкой (с болевым синдромом или без него) приходит на приём к врачу, то перед врачом обычно встаёт одна задача — устранить болевой синдром, или устранить сколиотическую осанку. Если заниматься только этим, то через некоторое время всё снова вернется на своё место. Если же вывести лечение за рамки только мануального воздействия и решать все вопросы данного пациента одновременно и в комплексе с другими мероприятиями, то результат будет окончательный.

Прерогатива за мануальным терапевтом — проводить или не проводить манипуляции по коррекции нарушенной осанки. В моей практике я не раз убеждался, что воздействие на причину заболевания или каких-то других отклонений приводило к тому, что эти нарушения в осанке часто проходили без использования манипуляций и больше не возникали.

Сведения, изложенные в этой главе, помогут врачу быть на высоте положения. Я хотел бы, чтобы они расширили кругозор врача и позволили ему увидеть воочию те изменения, которые будут происходить с его пациентами при применении всего комплекса мероприятий и без него. Нет более утвердительных примеров, чем свои собственные. Главное — это то, что у вас есть его величество ВЫБОР. Используйте. Выбирайте.

О ПОЛУШАРНЫХ ДИСФУНКЦИЯХ

Мозг человека представлен двумя полушариями, которые являются почти зеркальным отражением друг друга. Однако каждое из полушарий, наряду с общей деятельностью, выполняет ещё и свою специфическую функцию.

В стволовой части мозга есть так называемый «перекрест» (мозолистое тело), в котором происходит пересечение афферентных (двигательных) и эфферентных (чувствительных) волокон, из-за которых правая половина тела

управляется левым полушарием мозга, в то время как левая половина тела — правым.

В первые три года жизни способность одного полушария выполнять функцию всего мозга хорошо выражена, а дифференцированное разделение начинается примерно с 3-летнего возраста и заканчивается к 8–9 годам. К этому времени завершается процесс образования так называемой доминанты, приводящей человека к праворукости или леворукости. Принято считать, что процентное соотношение правой и левой составляет 85 % к 15 % соответственно. Но действительно ли правомерно такое утверждение?

Начало закладки доминанты может происходить как на раннем этапе развития, начиная с наследственного фактора, так и с тех моментов, когда, например, осуществляется кормление ребёнка грудью. Решающим моментом будет сторона подхода родителей к кроватке с ребёнком, или сторона, с которой осуществляется его переодевание (пеленание). Если ребёнка прикладывать к груди только одной стороной, или одевать его всегда с одной стороны, то и доминанта будет закладываться соответственно с этим.

По моему мнению, доминанта закладывается с началом развития плода с учётом наследственной предрасположенности. А её окончательное формирование зависит от последующих жизненных ситуаций. Пример. Ребёнок родился с правосторонней доминантой, но родители, ухаживая за ребёнком, старались давать игрушки в правую руку. Это с их точки зрения было логичным проявлением, так как они сами брали их правой рукой. Далее, приучая ребёнка есть самостоятельно, родители вкладывали ложку в его правую руку, приучая, формируя неестественную доминанту. То же происходит во время ручного творчества, где ребёнку навязывается своё (мнение взрослого человека) представление о порядке использования подручных средств. И лишь часть детей, — родившихся с более сильной мотивировкой, выражающейся в более раннем проявлении, как мы говорим, характера, или у более спокойных (не озабоченных) родителей, которые способны допустить некоторую вольность их ребёнка, считая, что если ему так удобнее, то так пускай и будет, — остаются левшами.

Природа ревностно относится к соблюдению своих правил и ничего напрасного не допускает. С началом появления и развития человека в первобытных условиях жизни и выживания требовались ловкость и быстрота действий. Эти условия необходимы, чтобы поймать дичь или убежать от преследующего зверя. Следовательно, требовалась высочайшая координация тела и физиологических реакций, связанных в основном с движением. Тот, кто этих навыков не имел, или терял их, был обречён на гибель. Природная необходимость приводила к дифференцированному распределению функций правой и левой половин головного мозга. Там, где необходима была быстрая физическая реакция, — развивалась соответствующая доминанта.

Люди с правосторонним расположением доминанты — леворукие (левши). Они обладают большей скоростной реакцией. Это особенно ярко выражается в спорте. Там, где требуется применение рук (фехтование, бокс, теннис и др.) чемпионами чаще становятся левши. Наконец, Левша подковал блоху. У людей с левосторонним расположением доминанты имеются свои отличительные особенности.

Доминантное развитие одной стороны головного мозга является уникальным и присуще только человеку. Наличие доминанты представляет собой важную функцию организма, так как с помощью её человек

упорядочивает свои физические, умственные, вербальные, ментальные и другие способности. Так же, как любая другая функция организма, она способна подвергаться изменениям, приводящим к различного рода нарушениям или нежелательным влияниям на развитие способностей и качество жизни человека. Это может проявляться в виде:

- ◆ Речевых расстройств (трудности в произношении отдельных звуков, слогов и слов, построении фраз, вплоть до речевой афазии, частичный или полный мутизм);

- ◆ Отставания в умственном развитии (плохая память, трудности в изучении математики и пр.);

- ◆ Нарушений тонкой координации движений, которые проявляются в трудности при написании слов, рисовании, игре на музыкальных инструментах и пр., вплоть до моторных дискинезий. Появляются проблемы в самообслуживании, когда ребёнок не может самостоятельно одеться и пр. Человек со смешанной доминантой марширует, поднимая одновременно руку и ногу с одной стороны, а не перекрёстно;

- ◆ Появления таких расстройств, как головокружение при езде на транспорте с одновременным рассматриванием пейзажа за окном, или катании на качелях;

- ◆ Непроизвольного наталкивания на края предметов: столы, стулья, диваны, кровати, края дверей, дверные косяки и пр;

- ◆ Появления гормональных дисфункций в виде позднего наступления месячных у девушек и отсутствия оргазма у женщин;

- ◆ Отставания в росте одной из сторон тела и конечностей; Достаточно часто в своей практике я сталкивался с подобными проявлениями полушарных дисфункций. Причём, мог заранее определить наличие их у пациента ещё до беседы с ним. Этому способствовала тепловизионная диагностика. На термограмме пациент выглядел необычно, одна часть тела была тёплой (соответствовала нормальной температуре тела), тогда как другая имела более низкую температуру. Порой складывалось впечатление, что пациент «одет в костюм Пьеро, одна половина белая (тёплая), а вторая — черная (холодная).

Были и другие диагностические находки, благодаря которым я мог дифференцировать симптомы полушарных дисфункций от других заболеваний.

Приведу некоторые примеры, дополнительно проливающие свет на эту тему. **Первый** из них касается лично меня. С раннего детства родители приучали меня пользоваться правой рукой во время еды, рисования, заставляли брать в правую руку различные предметы обихода. В школе я впервые столкнулся с трудностями.

Когда я писал, буквы получались корявыми, разными по величине и с разным наклоном. Диктанты давались с трудом, я не успевал за учителем, делал пропуски слов и массу ошибок, которые носили характер опечаток. Такие предметы, как математика, геометрия, тригонометрия, давались с трудом. Опыты по физике и химии я делал лучше всех в классе, но решение однотипных задач для меня было камнем преткновения. Зато всё, что касалось литературы, географии, истории — было без проблем, пока дело не касалось запоминания цифр и дат. Чертежи я чертил чуть ли не для всего класса, тогда как контрольные по алгебре откровенно списывал. На уроке физкультуры надо было прыгать «ножницами в высоту. Нас построили в шеренгу и начались прыжки, в результате чего выяснилось, что я не смог прыгнуть выше 110 см, тогда как большинство класса «взяло эту зачётную высоту. Прозвенел звонок на перемену,

и все разбежались. Учитель сидел, заполняя журнал, а я стоял метрах в трёх от планки и не мог понять, почему не смог её перепрыгнуть, ведь приходилось прыгать и выше (убегая из чужого сада). Я собрался, сделал три шага и, легко подпрыгнув, по прямой, перелетел через планку с большим запасом. Учитель, увидя это, подошёл ко мне и спросил, почему я не взял эту высоту на уроке. Я сказал, что так (разбег осуществлялся сбоку) прыгать мне неудобно. Тогда он попросил меня прыгнуть с другой стороны, что я успешно и сделал. Позже, когда я стал заниматься в секции бокса, тренер сказал, что, несмотря на то, что я стою в левосторонней стойке, удары левой превосходят правую руку по силе и скорости. И, уже спустя много лет, я узнал, что мой доминантный глаз левый, толчковая нога левая, и при складывании кистей в замок сверху оказывается левый палец. Я оказался переученным левшой, то есть со смешанной доминантой. В этом и заключались мои проблемы в школьные годы. Что меня «спасло от остальных невзгод? Занятия музыкой. Сначала это был баян, затем гитара. Исполнение музыкальных упражнений для левой руки вызывало возбуждение центров, расположенных в правом полушарии, которые у меня «по жизни должны были быть активными. Это и нивелировало остальные проявления доминантной дисфункции.

Пример второй. Ко мне обратилась за помощью женщина по поводу здоровья её сына. При первой встрече она задала мне странный на первый взгляд вопрос. «Рияну 7,5 лет, как вы думаете, какое заведение он посещает? В этом возрасте дети должны ходить в школу или специальное образовательное учреждение, о чем я ей и сказал. В ответ услышал, что он всё ещё посещает детский сад, младшую группу, так как самостоятельно обслуживать себя не может. Воспитатель одевает, раздевает и кормит его. Мальчик не говорит, только произносит отдельные звуки, понятные одной лишь матери. Я с интересом наблюдал его. Рост, вес и конституция его практически не отличались от нормы, а глаза выдавали живой интерес ко всему происходящему. Он осмысленно осматривал все предметы в моем кабинете. Я подошел к нему, включил миниатюрный фонарик и протянул мальчику. Его глаза заблестели, он приподнял обе руки, и я увидел, как они делают небольшие поочередные движения, как бы борясь между собой за право взять фонарь. Дальше этого дело не пошло, и мне пришлось поднести фонарик к одной руке, после чего он взял его и стал рассматривать. Его мама рассказывала, что ему трудно сделать первый шаг по лестнице, но, совершив его, дальше он шёл по ней без проблем. И так практически во всем. Она обращалась во многие медицинские учреждения, но давать психотропные лекарства ребёнку отказывалась. Кто-то ей сказал, что проблемы мальчика могла вызвать родовая травма шейного отдела позвоночника и ей следует обратиться к мануальному терапевту. Так они попали ко мне. Однако никаких признаков патологии позвоночника и костей черепа я не обнаружил. В данном случае налицо были симптомы смешанной доминанты, когда левое и правое полушария находились в состоянии постоянной конкуренции. Эта система поддерживалась своего рода адаптацией, которую необходимо было разрушить. Лечебные сеансы проводились раз в неделю, а дома с ним работали родители, следуя моим рекомендациям. Прогресс в лечении наступил достаточно быстро, мальчик заговорил, стал самостоятельным. После курса лечения мы расстались на лето, и я попросил маму продолжать домашние занятия ... Примерно через полтора года она позвонила и сообщила мне, что Риян чувствует себя хорошо. Она, видя успешные шаги сына, решила использовать передовую технологию начального

образования, так как сама являлась преподавателем младших классов. В результате мальчик практически за один год освоил программу четырех классов и на 10-м году жизни учится в пя- том классе. Мама, беспокоясь о здоровье сына, позвонила, чтобы узнать, не вредны ли ему повышенные школьные нагрузки. Он жалуется, что преподаватель не даёт ему решать более сложные задачи по математике, а те, что задают в классе, ему не интересны. Я сказал, что беспокоиться не о чем, если он не выглядит усталым после школы или в конце дня, а утром встает бодрым. Вслед за Рияном были и другие дети, имевшие проблемы с полушар- ными дисфункциями, но, пожалуй, этот случай был самым ярким. Мне нравится работать с детьми, так как эффект от лечения также стремителен, как летящая вверх пробка от шампанского. В эти мгновения я чувствую себя волшебником, а успехи, как известно, являются мощным стимулом для дальнейшего творческого роста.

Пример третий. Один из моих коллег, зная, что я занимаюсь лечением вегетососудистой дистонии, попросил помочь его сестре, предупредив, что все возможные лекарственные средства ею уже испробованы на протяжении ряда лет, а эффекта от их применения нет и болезнь прогрессирует. Когда я провёл тепловизионное обследование, то обнаружил, что левая половина её тела имеет более низкую температуру, чем правая. Лицо её также имело температурную асимметрию. Но больше всего меня поразили её ноги. Голени и особенно бёдра были в синяках разных цветов побежалости. На мой вопрос она ответила, что дома и на работе «все углы — мои. Я попросил её взять в замок кисти рук и констатировал, что левый большой палец ложится поверх правого, тогда как она пишет правой рукой. Далее выяснилось, что доминантный глаз у неё левый и толчковая нога левая, что в детстве она долго не могла научиться писать и рисовать, «не успевала по точным наукам, и раньше ей всё было удобно делать левой рукой, но её за это ругали. Дополнительно она пожаловалась на отсутствие оргазма и нерегулярные месячные циклы, протекающие с болью с момента их появления. Врач гинеколог говорила — вот станешь девушкой, и боли пройдут, потом — начнешь жить половой жизнью, и боли исчезнут, затем — родишь и забудешь о них. Однако ни одно, ни другое, ни третье не избавило её от предменструального синдрома, на что врач сказала, что это нормальное явление у женщин, и у неё самой иногда болят поясница и низ живота перед месячными.

Как видно из анамнеза, и в этом случае я столкнулся с симптомом полушарной дисфункции. После проведённого мною лечебного курса и достаточно продолжительных самостоятельных занятий многое в её жизни изменилось. Давление стабилизировалось, исчезли головокружение и боль. Пациентка избавилась от тягостных ощущений предменструального синдрома, с изумлением сообщив мне, что критические дни стали приходить и уходить незаметно (без ощущений) и в установленные сроки, более того — появились и оргастические ощущения, которыми она научилась управлять как по количеству, так и по остроте проявления.

Головной мозг, разделённый на полушария, создан природой для «спасения человека в случае каких-либо травматических повреждений. Если поражена одна половина мозга, то её функцию берёт на себя другая и гибель организма не наступает. Это наиболее наглядно проявляется при инсультах головного мозга. Рефлексотерапевты знают, что чем раньше начинается

поочередное воздействие на пораженную и здоровую части нервной системы, тем раньше наступает процесс восстановления.

Приведу существующее сегодня условное разграничение функциональной деятельности левой и правой половин головного мозга.

<i>Левополушарная доминанта</i>	<i>Правополушарная доминанта</i>
Правая часть тела	Левая часть тела
ПРАВША	ЛЕВША
Математический склад ума	Художественный склад ума
Логический тип	Алогический тип
Практический	Теоретический
Линейное восприятие	Пространственное восприятие
Интеллектуальный	Примитивный
Рациональный	Иррациональный
Склонность к аргументации	Склонность к разглагольствованию
Спокойный	Импульсивный
Рачительный до скупости	Щедрый
Акцент на память	Акцент на опыт
Спокойная сила	Увеличенная скорость реакций
Восприимчивость к положительным эмоциям	Восприимчивость к отрицательным эмоциям
Центр речи у правшей в левом полушарии	Центр речи у левшей в правом полушарии
Мысли о будущем	Мысли о прошлом
Часть тела заряжена отрицательно	Часть тела заряжена положительно
	Центр удовольствий в правом полушарии

Подводя итог, можно сказать, что дисфункция доминант является серьезной проблемой, и я счастлив, что мне удаётся сделать жизнь пациентов полноценнее.

О ТЕОЛОГИИ И МЕДИЦИНЕ

В современном мире накопилось много различных мнений, утверждений и выводов о духе, душе, божественном. Мы знаем, что существует целый ряд явлений, которые имеют место в нашей жизни, но наукой пока не подтверждены. Наиболее интересным и притягательным по-прежнему остаётся вопрос, связанный с душой. Авторы современных статей и материалов по медицинским вопросам всё чаще ссылаются на необходимость учитывать при лечении душевное состояние и духовный мир пациента.

Душа — самое загадочное явление в нашей жизни. Как правило, человек, живущий в ладу со своей душой, — это здоровый человек. Психологическое здоровье предполагает наличие здоровья телесного и наоборот.

В народе бытует немало пословиц и поговорок, в которых упоминается душа. Мы часто говорим: «его душа покинула тело», «душа ушла в пятки». В самом деле, где же находится душа?

Тибетские монахи и египетские жрецы знали о душе больше, чем знаем мы. По некоторым сведениям, дошедшим до нас, душа как часть некой энергетической субстанции передвигается по телу изо дня в день, меняя место своего пребывания. Естественно, что эти сведения получены эмпирическим путём, и, тем не менее, представляют интерес и сегодня.

Часто так бывает, что врачу приходится испытывать определённые трудности, связанные с тем, что лечение не даёт положительного эффекта, либо положительная динамика останавливается на определённом его этапе. Процесс лечения казалось бы зашел в тупик. В таких случаях обращение к душе, к духовному состоянию пациента, даёт врачу и больному дополнительные силы, и болезнь отступает. Душевное состояние человека, его психологический и нравственный статус могут подчас решить те проблемы, которые неподвластны лекарственным средствам. Доказательством этого могут быть результаты исцеления больных наркоманией в монастырях.

Вернемся к душе. Приведённые сведения являются результатом эмпирического опыта и, естественно, не претендуют на истину. Всегда, после работы с внутренним органом или каким-либо участком тела, я прикасался к нему с чувством нежности, стараясь согреть его теплом своих рук, объясняя при этом пациенту свои действия и вызывая в ответ целую гамму эмоций и расположенность пациента к лечебному процессу.

Положительные эмоции пациента из сеанса в сеанс передаются и мне, давая дополнительный стимул в работе.

М. Фомин пишет: «В интегральной медицине психотерапия используется как равнозначный метод в едином комплексе с физическими методами, с коррекцией питания и траволечением («Интегральная медицина, 1997 г.).

О ВРАЧЕБНОЙ ЭТИКЕ

Мною подмечено, что врачи, работающие без положительных эмоций и имеющие такие качества, как амбициозность, высокомерие, строгость,

переходящую в суровость, раздражительность, угрюмость, сами выглядят неважно и часто болеют. Негативные проявления характера разрушительно действуют как на самого врача, так и на пациента. Врач должен внушать оптимизм и уверенность в исходе лечения.

Ятрогенное влияние может сказаться на здоровье пациента. «Ятрогения — отрицательное воздействие врача на больного; заболевание, вызванное неосторожным поведением врача, давшего больному повод необоснованно заподозрить у себя какое-либо тяжелое заболевание (Г.П. Губа, 1977 г.). Патогенетическим фактором может быть и слово.

Становясь на время лечения близким человеком для больного, врач никоим образом не должен пугать пациента грозящими катастрофами. Чаще всего этим грешат некоторые хирурги и эндокринологи.

Первые почти никогда не используют консервативное лечение. Вторые не знают, как можно не лекарственными средствами повлиять на ту или иную эндокринную железу или систему органов, чтобы изменить состояние больного в лучшую сторону.

Хирурги, обладая профессиональной настойчивостью, предлагают больному решить его проблемы с помощью скальпеля. Например, при обнаружении песка в желчном пузыре больному предлагают радикальную операцию по удалению пузыря, мотивируя тем, что рано или поздно в нём появятся камни, и такое состояние может завершиться закупоркой желчных протоков или панкреонекрозом. А ведь сегодня существует достаточное количество методов, позволяющих, не прибегая к операции, избавиться от песка и камней в желчном пузыре, а также лечить печень, как основную «виновницу формирования некачественной желчи и образования камней.

За тридцать лет работы я могу припомнить лишь единичные случаи, когда пациенты говорили мне примерно такие слова: «Был на приёме у хирурга. Осмотрев меня, он порекомендовал мне сначала пройти консервативное лечение, а если оно не поможет, обратиться к нему по поводу операции.

Я не имею в виду те случаи, когда операция нужна по жизненным показаниям, или когда речь идёт о врождённых пороках развития или травмах, тогда операция — единственная тропка к спасению жизни. Однако, при ряде патологий, не связанных с непосредственной угрозой жизни человека, когда вопрос об оперативном вмешательстве не стоит остро, можно и нужно проводить консервативное лечение. Для этого необходимо повысить качество и технический уровень терапии.

ОБ ЭНДОКРИНОЛОГИИ

Доктор из Санкт-Петербурга М. Жолондз (1996 г.) пишет о крахе в эндокринологии, обосновывая свои заключения примером существующего подхода к лечению щитовидной железы. Я с ним абсолютно согласен. Эндокринологи, как правило, с лёгкостью назначают гормональные препараты в качестве заместительной терапии, видя при этом тщетность своих усилий. А уж о том, чтобы найти причину патологии эндокринного органа, и речи нет. А зачем? Так проще, да и в инструкции написано: если, например, мало гормонов щитовидной железы, больному назначается тироксин, если много — мерказолил. То же происходит и с другими гормональными органами. При бронхиальной астме назначается гидрокортизон, а сами надпочечники, которые должны вырабатывать этот гормон, остаются «без внимания, а ведь именно их

недостаточная функция наряду с другими патогенетическими факторами приводит к образованию астматического состояния. Но как подобраться к этим железам? Отправить пациента к рефлексотерапевту, у которого есть инструменты воздействия, или к физиотерапевту, владеющему современными способами и аппаратурой для стимуляции тканей и органов, в том числе и эндокринных, или к фитотерапевту, а заодно и к гомеопату? Это значит — расписаться в своей несостоятельности. Есть подходящий вариант: самому овладеть этими знаниями и навыками с тем, чтобы, исключая заместительную терапию, не подписывать пациента на пожизненное применение гормональных препаратов, а оказывать ему настоящую помощь.

Есть много различных факторов, способных оказать патогенетическое влияние на эндокринные железы. Приведу один, по моему мнению, имеющий важное значение в развитии патологии щитовидной железы. Он связан с наличием в толстом кишечнике больных базедовой болезнью йодофильной группы бактерий, которая сама по себе является конкурентом организма в потреблении йода. Однако, копрологическое исследование проводится только тем пациентам, которые попали в больницу. А это лишь несколько процентов от общего количества больных. Поэтому на начальной стадии заболевания не принимаются необходимые меры к большинству больных, имеющих эти бактерии, и болезнь продолжает развиваться. Попадая к эндокринологу, пациенты получают лишь гормональные препараты.

Существует условная ось: гипоталамус — гипофиз — надпочечники — яичники. Эти железы взаимосвязаны и патология в одной из них приводит к дестабилизации всей оси. Эти и другие эндокринные органы расположены в непосредственной близости от внутренних органов и частей тела, патология которых может косвенно повлиять на их функциональную активность. Поэтому, для успешного лечения эндокринных заболеваний врачу недостаточно ограничиваться только рамками своей профессии, он должен обладать более широким кругозором.

ОБ ЭМОЦИЯХ И МЕСТАХ ИХ ПРОЯВЛЕНИЙ

Очень часто болевой симптом, расстройство какой-нибудь системы или патология внутреннего органа связаны с явлениями, происхождение которых основано на психоэмоциональных переживаниях человека. В первую очередь это касается такого явления, как страх. Природа страха разнообразна и способна поражать многие органы. Когда человек чего-то боится, или за кого-то волнуется (особенно если это происходит постоянно), вырабатывается определённый патологический комплекс, вовлекающий в процесс развития болезни органы и ткани организма. Наиболее чувствительны такие органы, как почки, лёгкие, сердце, желудок, желчный пузырь.

На теле человека существует несколько зон, которые испытывают на себе последствия стресса и страха.

Первая — область в районе горла. При стрессовой ситуации человек не может говорить, он хочет закричать, позвать на помощь, но голос ему не подчиняется. Горло как будто схвачено обручем, может появиться ощущение комка в горле. Чаще всего подобные ситуации возникают в детстве. Достаточно однажды пережить такой срыв, и он может предопределить многое в будущей жизни человека. Необходимо найти эффективное средство для разрушения старой психоэмоциональной травмы, которая уже во взрослом состоянии

сказалась на заболевании горла и тканей, расположенных в этой области (в том числе и щитовидной железы).

Вся сложность проблемы в том, что патология складывается из двух взаимозависимых составляющих: психологической и соматической. Первая связана с наличием доминанты, расположенной в головном мозгу, вторая — с нарушениями в шейно-грудном переходе, напряжением мышц, связок и наличием спазмированных сосудов в области горла. Психолог пытается лечить, оказывая психологическое воздействие на пациента, но не затрагивает соматический аспект этой патологии. Врач другой специализации пытается устранить соматическую патологию, оставляя без внимания психоэмоциональную проблему пациента. Существует ещё один нюанс, затрудняющий поиск истинной причины такого рода патологии. Заключается он в том, что пациенты бывают «не готовы раскрыть свои психотравмы лечащему врачу, иногда они попросту забывают о первопричине и вспоминают о ней случайно.

Для ликвидации патологических проявлений в области горла я использовал приёмы, описанные в той части книги, где говорится о диафрагмах тела. Это подчелюстная и подключичная области. При наличии спастического состояния в области горла на теп- лограммах, как правило, регистрируется значительное снижение температуры. Поэтому, на первом этапе я ставил задачу восстановить нормальное кровоснабжение этой зоны. Затем подключались приёмы релаксации и воздействие на чакры тела. Были случаи, когда накопленная годами отрицательная энергия (память о случившемся) высвобождалась внезапно, с бурным проявлением эмоций в виде слёз. Такая реакция была ответом на воздействие, осуществляемое непосредственно на поражённую зону, или во время проведения одной из релаксационных техник.

Вторая зона — это область сердца. При стрессе или страхе возникает боль в сердце или сбой в его ритме. Человеку кажется, что его сердце остановилось, «провалилось», его сжало «как в тисках или оно готово «выскочить из грудной клетки. При воспоминаниях о таких или схожих ситуациях эти явления могут повторяться. Мало того, при наличии других патологических или возрастных изменений в сердце такой человек испытывает страх смерти и ему постоянно кажется, что его сердце вот-вот остановится, и он умрёт. Так старая психологическая травма может оказать негативное влияние на качество жизни пациента.

Приведу высказывание Бориса Чулы, психотерапевта из Твери, которому я дал прочитать рабочую версию этой книги. Вот что он написал по поводу кардиофобий: «Кардиологи пользуются в первую очередь функциональными методами исследования, которые не подтверждают в этих случаях кардиологическую патологию. Они (кардиологи) ставят диагноз "вегетососудистая дистония" или корешковый синдром при шейно-грудном остеохондрозе и отправляют в лучшем случае к психотерапевту, или к невропатологу.

Как только будет разорвана цепь, связывающая область сердца и соответствующую зону в коре головного мозга, так сразу исчезнут основные симптомы, связанные с этими страхами.

Для того, чтобы разрушить эту связь, я использовал простой и эффективный приём, проводя специфические массажные действия в зоне сердца. Момент воздействия я старался совместить с болью в сердце. Приём я

назвал «магический треугольник. Естественно, магия здесь не при чём. Это пациенты так охарактеризовали эффект последствия.

Третья зона — область под ложечкой, в районе диафрагмы. В состоянии страха или стресса человек не может вдохнуть, грудная клетка скована, диафрагма напряжена и не расслабляется. Человек на какое-то время лишен возможности дышать. Экскурсия грудной клетки в таком состоянии составляет всего 1–2 см. Впоследствии человек часто просыпается от страха, что его дыхание остановилось, и он не дышит. Прошу не путать это состояние с «ночным апноэ (рефлекторная остановка дыхания), которое имеет другую причину, связанную с вялостью тканей мягкого нёба, и сопровождается храпом. Постстрессовое состояние может осложниться болью или другими неприятными симптомами в области диафрагмы. Места прикрепления диафрагмы спереди и сзади становятся чрезвычайно чувствительными и болезненными. Человеку, перенёвшему психогенную травму, может казаться, что у него болит желудок или 12-перстная кишка, а врач, не найдя патологии в этих органах, ставит диагноз «солярит (воспаление в области солнечного сплетения). О каком воспалительном процессе может идти речь, мне никто вразумительно объяснить не может. Просто клинические проявления подходят под него, вот его и записывают в историю болезни. Подобно этому больные безуспешно лечатся и от невроза желудка, течение которого может привести даже к образованию язв.

При подобных ситуациях я отмечал ограничение движения рёбер, напряжение межрёберных мышц, мышц живота и грудной клетки. Особо хочу отметить наличие уплотнения тканей (иногда величиной с кулак) в области солнечного сплетения, не поддающееся регистрации с помощью аппаратных методов исследования. Оно определяется лишь пальпаторно.

Для ликвидации этих нарушений применялись как методы ММ, так и специфические приёмы А. Минченко. Лечение проводилось комплексно, с применением целого ряда средств.

Четвёртая зона — это область низа живота (мочевой пузырь, прямая кишка, у женщин матка и придатки). Вы, наверное, знаете о случаях, когда при стрессе или страхе мочевой пузырь, а то и прямая кишка опорожняются произвольно. В результате стресса может появиться упорный энурез или повышенная перистальтика кишечника, которая может вызвать недостаточное поступление в организм витаминов и микроэлементов из-за повышенной скорости прохождения пищи по кишечнику. Не в этом ли кроется ещё одна причина авитаминозов, анемии и др.?

Страх поражает эпителий фаллопьевых труб, снижая активность ресничек. Это может привести в последующем к функциональному бесплодию, или стать причиной внематочной беременности.

Я обратил внимание, что у тех, кто перенёс в детстве энурез, в последующем развивается характерная сколиотическая осанка, а на термограмме регистрируется снижение температуры в области мочевого пузыря. Причём, в позвоночнике нет ни блоков, ни нестабильности в межпозвоночных сочленениях, ни дисторзий костей таза, а сколиоз налицо. Массаж спины, груди, живота, мануальные приёмы помогают лишь на время, а затем осанка снова нарушается. Эта проблема не местная. Её возбуждающее начало лежит в области психоэмоциональных центров головного мозга.

Мои мероприятия строились на расслаблении области мочевого пузыря при помощи висцеральной хиропрактики и приёмов ММ,

электростимуляционном воздействии на проекцию органов таза. Большое значение я придавал восстановлению психологического и социального статуса пациента. Социальный статус — это в том числе и отношение родителей к ребёнку и его отношение к ним. Довольно часто энурез возникает из-за страха перед родителями, особенно перед строгим отцом.

Практика показывает: как только появляются доверительно- дружеские отношения в семье, так сразу исчезает энурез.

В продолжение темы рекомендую послушать песню Владимира Высоцкого про энурез.

Пятая зона — область колен. При страхе или стрессе у человека подкашиваются ноги в коленях. Он скован, не может ступить и шагу, а часто просто валится с ног. «Ну что, задрожали коленки? — часто слышим такую фразу. В прежние времена для того, чтобы наказать, подчинить или унижить человека, его ставили на колени. Добровольное подчинение также выражалось в коленопреклонении.

Патология этой зоны находит отражение в хроническом напряжении мышц бедра и голени, которое косвенно влияет на состояние внутренних органов (тонкой и толстой кишки, желудка, желчного пузыря), изменяя их функциональную активность. Такую патологию, как варус, вальгус, плоскостопие можно рассматривать как последствие психической травмы, полученной в детстве.

Часто переломы в области колен, разрыв связок и менисков обусловлены, прежде всего, перенапряжением мышц нижних конечностей и туловища.

Лечебный процесс должен охватывать все звенья патологической цепи. Основными зонами воздействия являются области колен (подколенные ямки) и зоны коры головного мозга, ответственные за их иннервацию.

Вернёмся к страху. Некоторые из моих пациентов жаловались на то, что им часто приходят в голову тревожные мысли. Например, женщине, беспокоящейся о судьбе своих детей, представляется, как её ребёнок переходит дорогу, а кто-то на него совершает наезд на машине. Другому её ребёнку якобы грозит насилие от сверстников или хулиганов во дворе. Эти страхи, естественно, беспочвенны. Она понимает это, но подобные мысли постоянно преследуют её. Сама она от них избавиться не в состоянии, и они терзают её, доводя до психологической неустойчивости и хронического стресса.

Известно, что страх способен подорвать здоровье человека, разрушить равновесие в организме, подавить или чрезмерно активизировать работу любого органа. Следуя принципу «где тонко, там и рвётся, пагубному воздействию подвергается, прежде всего, тот орган, который по тем или иным причинам на данный момент оказался наиболее разбалансированным, ослабленным. Взять, например, такой орган, как почки. Состояние постоянного напряжения или страха приводит к снижению жизненной активности почек, и ни один нефролог, опираясь на клинические исследования (УЗИ, анализ мочи и пр.) не найдёт в них патологии. Тогда как пациент будет продолжать предъявлять жалобы на перепады артериального давления, головные боли, перебои в работе сердца, бессонницу, нарушение осанки и боли в пояснице (с возможной ирритацией по ходу нервных корешков!), и прочие недомогания. Исходя из этих жалоб, такому пациенту обычно назначают симптоматическое лечение. Известно, что такое лечение результата не даст, так как не направлено на причину болезни. Чтобы убрать симптомы, я, прежде всего, стараюсь остановить разрушающее действие страха и других травмирующих факторов. Если этого не сделать, то с болезнью

не справиться, и процесс лечения будет похож на качели. Применение только одних миорелаксантов и обезболивающих веществ сгладит симптомы, но подорвет работу печени, почек, так и не решив основную проблему.

Как не покажется это странным, но именно в кабинете мануального терапевта, знающего, умеющего и применяющего комплексный подход в лечении такого рода патологий, могут разрешаться проблемы, с которыми не справиться узким специалистам.

Практически любая патология внутренних органов вызывает хронически повышенный тонус определённых мышц и, вслед за этим, болевые симптомы, в результате чего пациент попадает на приём к врачу ММ.

Я привёл лишь некоторые примеры, тогда как подобных ситуаций может быть очень много. Учитывая непростую жизнь на переходном периоде государственного устройства, трудности в быту, в бизнесе, в личных взаимоотношениях, множество подобных причин может вызывать страх и беспокойство, разрушающие здоровье.

Страхи и стрессы несут в себе негативные эмоции и реакции. Для того, чтобы их разрушить, помимо телесной терапии необходима и положительная энергия, положительные эмоции.

Своим пациентам я объясняю, что наши мысли — как мазки краски на полотне жизни. Если мысли светлые, то и краски яркие, светлые, а полотно красочное. Негативная мысль — как мазок черной краской.

Как избежать и как вырваться из плена нежелательных мыслей? Для того, чтобы предотвратить постоянно появляющиеся «непрощенные мысли», я предлагал своим пациентам такой приём. Как только подобная мысль приходит в голову, следует сказать себе: «Стоп! Этого не будет. Не будет потому, что я об этом знаю (как не буду пользоваться неисправным электроприбором, зная, что его включение приведёт к короткому замыканию). Очевидно, в данный момент с кем-то это происходит и до меня дошли негативные информационные импульсы, или просто я это себе придумал. Всё будет хорошо! И здесь же я рекомендую вспомнить какой-нибудь радостный случай из своей жизни, анекдот, в конце концов, и обязательно улыбнуться. Эта положительная мотивировка разрушит тот отрицательный потенциал, который появился с негативной мыслью. Постепенно такие тревожные состояния будут появляться всё реже и реже, пока совсем не исчезнут.

Врач-психотерапевт Борис Чула так говорит по этому поводу: «Страхи, навязчивости — область психотерапии. Существует масса профессиональных методик лечения, и то они не всегда успешны и стабильны. Это сложная специальная область, в которой работает много специалистов мирового уровня.

Хочу подчеркнуть, что причина того, что «профессиональные методики ... не всегда успешны и стабильны, кроется в отсутствии комплексного подхода к лечению больных с подобной патологией. Всё из-за того, что психотерапевт не занимается лечением патологий внутренних органов, а терапевт не использует в своей практике методы психотерапии. Так принято на настоящем этапе существования медицины. Если предположить, что у пациентов с психологическими нарушениями параллельно существуют патологии внутренних органов, а врач терапевт не видит этого, тогда лечение безуспешно. В лучшем случае, результатом лечения станет лишь кратковременное улучшение.

По моему мнению, термин «психосоматические нарушения» должен стать объединительным и в плане лечения. Каждый врач должен быть в определённой

степени и психотерапевтом, и психологом. Бесспорно, что это касается функциональных нарушений, а не органических поражений, где прерогатива должна принадлежать психотерапевтам.

Далее, хочу обратить ваше внимание на эффект так называемой «внутренней улыбки. Если человек постоянными тренировками вырабатывал в себе состояние внутренней улыбки (периодически улыбался, слегка напрягая мышцу смеха — *muskulus risorius*), то он замечал, что оно потом становилось постоянным его ощущением (Мантек Chia, 2003 г., И. Васильева, 1999 г.). Это в последующем сказывалось не только на исчезновении негативных мыслей, но и на изменении характера человека, его реакций на стрессы, на отношении его к окружающим людям. Существует поговорка: «Хочешь изменить мир вокруг себя — измени вначале самого себя.

Эмоции, идущие от внутренней улыбки, — достаточно простое и сильное оружие против стрессов и их последствий. Общение с людьми, владеющими такой способностью, доставляет истинное удовольствие. Присутствие внутренней улыбки у таких актёров, как А. Баталов, Д. Банионис, И. Алфёрова, Анни Жирардо, Брюс Уиллис магически действует на нас, зрителей. Они притягивают нас к экрану не только великолепной игрой, но и состоянием своей души.

У некоторых людей это состояние является врождённым, другие могут его приобрести, приложив определённые усилия. Особенно это необходимо пациентам, длительно страдающим от боли.

Внутренняя улыбка может использоваться как своеобразная «палочка-выручалочка, приводя к психологическим разгрузкам. Я предлагаю пациентам проводить кратковременное стимулирующее воздействие на точки прикрепления мышцы смеха. Такое, на первый взгляд, незамысловатое действие позволяло в одних случаях ликвидировать «состояние слезливости, которое является следствием нервных срывов, в других — улучшить психологическое здоровье.

Положительные эмоции обладают большим энергетическим потенциалом. Поэтому необходимо прилагать максимум усилий, чтобы в процесс лечения включить и самого пациента, его сознание. Опираясь на свой опыт, скажу, что когда это получалось, эффект от лечения был наивысшим.

Подключение сознания пациента проводилось с помощью активного расспроса: «Что вы чувствуете под моими руками? Возможный ответ: «Тепло; «Какое оно, сухое или влажное? Ответ: «Влажное; «Оно местное, или куда-то растекается? Ответ: «Течёт в шею; «Какого оно цвета? Ответ: «Синее; «Тепло по-прежнему влажное, или стало сухим?; «Изменился ли цвет? и т. д.

По мере того, как я проводил телесную терапию, пациент в течение всего времени участвовал в лечебном процессе. По ходу лечения у пациента, как правило, возникают те или иные физические ощущения. Я стараюсь акцентировать его внимание на них, чтобы они закрепляли лечебный эффект и на вербальном уровне.

Считаю, что процесс лечения — это общая работа врача и пациента. Необходимо активно привлекать пациента к работе, загружать его сознание (с нужными нам акцентами), не позволять пациенту оставаться один на один со своими мыслями.

Например, после воздействия на мышцы шеи прошу пациента встать, походить, подвигаться и оценить, что произошло в результате этого воздействия. Важно, чтобы пациент зафиксировал в сознании положительные моменты:

тепло, расслабление, свобода движения, общая раскрепощённость, пустота, наполненность и пр.

Таким образом я поступаю после каждой процедуры, какой бы она не была по времени и объёму. Фиксация положительных моментов организует пациента, активизирует его сознание, создаёт прецедент психоэмоциональной настройки на выздоровление, делает его активным участником процесса лечения. Это всегда значительно облегчало мою работу, особенно с «тяжёлыми пациентами».

По моим наблюдениям, процесс позитивной фиксации порой переносится и на другие стороны жизни, в результате чего изменяются привычки человека, а иногда и черты характера.

Нет неизлечимых болезней, есть неизлечимые больные. Пациент должен «смотреть вперёд и вверх, а не вниз и назад».

Замечено, что те пациенты, которые сначала отмечают положительные эффекты в лечении, а затем рассказывают о тех негативных моментах, которые ещё имеют место, поправляются значительно быстрее. Если пациент всё своё внимание сосредотачивает на болевых симптомах или на тех ощущениях, которые относятся к ответным реакциям организма на прилагаемое воздействие, процесс лечения идёт трудно.

Я предупреждаю пациентов о возможных реакциях организма на лечение. К ним относятся: холодовая (в виде озноба), температурная, ощущение зуда и покраснение кожи, боль в мышцах, головная боль, головокружение, подташнивание, слабость, сонливость, увеличение отделения мочи, раннее наступление *mensis*. Эти реакции, как правило, кратковременны, отличаются от основных симптомов болезни и не являются препятствием для дальнейшего продолжения лечения.

В моем арсенале есть и другие приёмы по ликвидации отрицательных последствий, нанесённых страхом и стрессом. Особенно эффективным было применение специальных релаксационных методик, часть из которых изложена в специальной главе.

Многие психологические проблемы и соматические заболевания взаимосвязаны и могут зависеть от состояния внутренних органов. Приведу собранные мною сведения о том, как состояние внутренних органов может формировать у человека определённые черты характера, позитивные и негативные эмоции.

Органы сведены в пары по канонам восточной ЧЖЕНЬ-ЦЗЮ терапии, по признаку взаимного влияния друг на друга.

Печень и желчный пузырь

Позитивными являются: доброта (основная); мужество, уравновешенное интеллектом; хладнокровие и осмотрительность в поступках; раскрепощённость; творческая активность; ясность мышления, подкреплённая элементами прогрессивности и конструктивности; миролюбивость и готовность к сотрудничеству.

Негативными являются: гнев (основная); жестокость; склонность к выдумыванию грандиозных амбициозных планов, без знания путей их реализации; вспыльчивость; опрометчивость; крикливость; склонность к ненормативной лексике; одержимость; упрямство; педантичность; формализм и антагонизм; стремление к соперничеству; склонность к насилию и убийству,

которая усиливается присоединением отрицательных эмоций почек (так называемая экстрояггрессия, агрессия, направленная во внешний мир).

Сердце и тонкий кишечник

Позитивными являются: радость (основная); счастье; любви-обилие; одухотворенность; сердечность и сострадание; честность и благородство; душевное тепло; терпеливость; уважительное отношение к людям; вежливость; утонченность; сообразительность и участие.

Негативными являются: бессердечность; тревожность; душевная холодность; жестокость; раболепие; неуважительное отношение к другим; бездумность в поступках; безвкусице; нетерпеливость; скука; отсутствие чувства юмора; злобность; страх заболеть и умереть; обидчивость со стремлением отплатить; раздражительность от детей, шума, суеты, яркого света; истеричность.

Поджелудочная железа и желудок

Позитивными являются: оптимистичность; уравновешенность; склонность к размышлениям; искренность; душевная открытость; вера и доверие; собранность; основательность; разумная рассудочность; сбалансированность желаний и возможностей; пунктуальность; согласованность с другими; общительность; гостеприимство; обязательность («человек слова»).

Негативными являются: недоброжелательность; угрюмость; беспокойство; суетливость; впечатлительность и ранимость; предубежденность; склонность к предрассудкам; чрезмерная озабоченность или беспокойство; плохая ориентированность во времени (всегда спешит и всегда опаздывает, дефицит времени); неловкость; натянутость; фальшивость; болтливость; неуравновешенность в общении; стремление к изоляции; завистливость; обжорство, переходящее затем в отсутствие аппетита; утрата дружелюбия и чувства собственного достоинства; клаустрофобия.

Лёгкие и толстая кишка

Позитивными являются: пронизательность; добросовестность; интуитивность; серьёзность; решительность до героизма; твёрдость взглядов; мужественность; прямота; солидность; щедрость; умение прощать и делиться с другими.

Негативными являются: печаль (хотя и светлая); грусть; депрессия; пессимистичность; склонность к пораженческим настроениям и преувеличению неприятностей; непорядочность; неестественность; смущаемость; мнительность; ненадёжность; безответственность; мелочность; ревнивость; обидчивость; лицемерие.

Почки и мочевой пузырь

Позитивными являются: жизнерадостность; спокойствие; хладнокровие; бесстрашие; раскованность; осторожность и рациональность; чувствительность; упорство (но не упрямство) в достижении благородной цели.

Негативными являются: страх (безотчётный); флегматичность; пассивность; безволие; холодность; рассеянность; узость кругозора; непостоянство; распутство; паранойя; скупость; скрытность, безынициативность и хождение по замкнутому кругу без достижения осязаемых результатов; отягощённость работой, друзьями, семьёй и своей жизнью (жизнь теряет свой смысл); склонность к суициду, если прибавляются отрицательные эмоции лёгких (ин- троагрессия).

Зная о причастности той или иной эмоции к внутреннему органу, можно заранее понять, какой из органов начинает страдать, определить степень развития патологического процесса и его направленность, спрогнозировать исход лечения.

Проводя лечение, направленное на определённый орган, легко можно следить за изменением эмоциональной окраски характера пациента. Особенно наглядно это видно при лечении детей и подростков. Приведу несколько примеров.

Пример первый. Сотрудница одного предприятия, пройдя у меня курс лечения, попросила помочь её директору, так как он страдал от хронических болей в пояснице, периодических гипертонических кризов, боли в правом плече и головных болей в височных областях. Она предупредила, что у её директора вспыльчивый и грубый характер, он гневлив, при разговоре часто переходит на крик, сквернословит и чрезвычайно педантичен. Она сказала это, чтобы я был готов к его выходкам и не обижался. Я обещал, что сделаю всё возможное, было назначено время первого сеанса, и он стал приходить на процедуры. После седьмого сеанса она мне позвонила. «Доктор, что вы сделали с нашим директором? «Что-нибудь не так, что-то случилось? — спросил я. «Нет, всё хорошо, но мы его не узнаём! Представляете, он стал тихо говорить, не грубит, каждый день приходит в новой рубашке, стал вежливым со всеми. А вчера всех удивил, придя с цветами и тортом, чтобы поздравить сотрудницу с юбилеем. Такого никто не припомнит за всю нашу почти двадцатилетнюю совместную работу. Как вам это удалось?»

А ведь она сама, рассказывая о симптомах болезни и чертах характера своего директора, подсказала мне, что я столкнулся с проблемами печени. Моя догадка подтвердилась, патология его печени приводила к тому, что он не мог справляться с негативными эмоциями. Во время наших встреч я ни на минуту не давал ему отвлекаться, проводя необходимое в этих случаях психотерапевтическое лечение в виде бесед, мини-лекций с соответствующими примерами. Он сказал мне, что за всю его жизнь столько с ним не беседовали все врачи, вместе взятые.

Пример второй. Позвонила женщина и попросила помочь её дочери, объяснив, что девочке 9 лет, учится в школе, и на медосмотре врач обнаружил у неё нарушение осанки, предложив поискать специалиста по мануальной терапии. Ещё она сообщила, что девочка её ничем не интересуется, придёт со школы, забьётся с куклой в угол и может там просидеть до вечера. Книг не читает, даже мультики не смотрит, учится плохо, памяти никакой. Стала очень обидчивой, друзей нет. Мы договорились о встрече, и на первом же сеансе мой предварительный прогноз подтвердился: девочка страдала сочетанной патологией лёгких и кишечника. Несколько раз она перенесла атипичные бронхиты. При обследовании экскурсия лёгких была всего 1 см, перкуторные звуки, особенно над верхушками лёгких и в прикорневой зоне, приглушены, область пупка крайне болезненна (девочка часто жаловалась на боли в этом месте), поперечно-ободочная кишка была в спастике, лимфоцитов в крови

больше нормы, эозинофилов — 7. На процедуре во время обследования девочка неоднократно вздыхала с некоторым придыханием, как это обычно бывает после плача. Она имела выраженный кифосколиоз и сутулость.

Началось лечение, в ходе которого исчезла боль в области живота, ушла спастика толстого кишечника, экскурсия лёгких достигла 5 см, количество лимфоцитов снизилось до нормы, эозинофилов — 0,1. Изгнали глистов и очистили организм от накопившихся токсинов. Сколиоз, выявленный в школе, исчез без применения мануальной терапии. Девочка выпрямилась и стала сантиметров на 5 выше. Процедуры проводились один раз в неделю, общим количеством — 7. Потом у девочки начались каникулы, и мы на время расстались, с условием, что мама позвонит и сообщит о самочувствии дочери. Спустя время мама позвонила и её речь началась со слов: «Ой, доктор, что у нас в доме творится! Раньше было тихо и спокойно, а теперь — дверь не закрывается от дочкиных гостей, телефон постоянно звонит, она теперь всем нужна. Дочь записалась в два кружка, читает с удовольствием книги. А вчера было родительское собрание в школе и классный руководитель сказала, что в классе новый лидер, объявив, что это моя дочь. Она спросила меня, что вызвало в моей девочке такую перемену. Я так рада, большое вам спасибо. Я сказал ей, что основной диагноз она сама сообщила по телефону, когда звонила мне в первый раз. Проблемы её дочери были в лёгких и кишечнике из-за поражения их гельминтами. Это послужило причиной появления бронхитов с атипичной формой клинических проявлений. Лёгкие потеряли жизненную активность, что и сказалось на эмоциях и поведении девочки.

Пример третий. На приём привели мальчика четырёх лете симптомами одностороннего спастического напряжения мышц шеи. Мама охарактеризовала сына так: рассеян, ему трудно на чём-нибудь сосредоточиться, чем бы ни занимался — ничего не доводит до конца. Патологически скуп — никому ничего не даёт, выпросить что-либо у него невозможно ни под каким предлогом. Сам он не берёт ничего чужого, но если кто-то ему даст свою вещь, забрать её можно только тогда, когда он уснёт. Ночью потеет, и бывает, что подмачивает постель, но не сильно. Чтобы отвлечь внимание ребёнка, я дал ему миниатюрный фонарик, которым пользуюсь. Уходя, он так крепко прижимал его к груди, что я понял — сегодня он фонарик не отдаст. Мама сказала, что, когда он заснёт, она возьмёт фонарик и на следующем сеансе вернёт его мне. При обследовании мальчика мышцы его шеи были перенапряжены. Живот — напряжённый и болезненный, особенно в нижней его части. Я обратил внимание, что он охотнее стоит на пальчиках, чем на ступнях. Взгляд у ребёнка был напряжён и насторожен. Подбородок красноватый и шершавый. После проведённого лечения все негативные симптомы исчезли, а его мама сказала, что не знает человека щедрее, чем её сын. Был семейный праздник у родителей. Пришло много гостей со своими детьми. Наш «скупой рыцарь раздарил детям все свои игрушки. Он и мне на нашем последнем сеансе подарил маленькую игрушку, причём, сделал это легко, с улыбкой. Его негативное поведение было, как вы уже догадались, следствием патологии мочевого пузыря.

Решая подобного рода лечебные задачи, я всегда помнил о некоторых нюансах:

◆ Не спешить с ожидаемым результатом, он может появиться не сразу, а спустя какое-то время;

◆ Не сообщать пациенту о том, что в результате лечения могут измениться его эмоции или характер. Ему это может не понравиться. Он должен сам

сообщить вам об этих изменениях, либо это можно выяснить с помощью наводящих вопросов;

◆ Подключить к сотрудничеству родственников или знакомых пациента.

На сеансах я рассказываю о связи повреждённого органа с отрицательными эмоциями только тем пациентам, которые не страдают патологической мнительностью. Мнительным пациентам я говорю только о положительных эмоциях, связанных с тем органом, на который в данный момент направлено действие. Тогда у пациента возникает естественное желание иметь эти положительные эмоции. Он начинает думать и мечтать об этом, и он их получает в результате лечения.

В повседневной практике я пользуюсь лунным календарем. Луна, совершая свой цикл вращения вокруг земли, проходит через созвездия, находясь в каждом из них 2–3 дня. Части тела человека соответствуют определённым знакам зодиака, и мне оставалось только акцентировать своё воздействие на определённую область тела в дни, когда луна «посещает соответствующее созвездие. Это создавало дополнительный импульс и эмоциональную окраску в работе с телом.

О ФАКТОРЕ ВРЕМЕНИ

Размышляя о факторе времени, я пришел к выводу, что он играет особую роль в выборе методов лечения. Я условно разделил жизнь человека на три периода. Первый — от рождения до 23–25 лет. Он характеризуется ростом и развитием тканей. Второй — период стабильного поддержания тканей на определённом функциональном уровне, и длится он от 25 до 55–60 лет. Третий период от 60 лет характеризуется процессом физиологического увядания тканей тела, потерей ими воды и микроэлементов, и завершается истощением биологического ресурса клеток организма.

Тактика лечения должна соответствовать тем условиям, в которых находится организм.

В первый период лечение, как правило, наиболее эффективно. В этом возрасте защитные силы и реактивность организма наиболее высокие, проявления симптомов яркие, и достаточно приложить небольшое усилие, чтобы организм выздоровел, а приостановившийся рост тканей и органов продолжился дальше. Примером может служить успешное лечение девочек с задержкой полового развития (матки, молочных желёз) при помощи трудотерапии.

Во втором периоде — периоде стабильности — заболевания чаще всего связаны с накоплением шлаков, прежде всего в подкожной клетчатке, а затем и во внутренних органах. Нарушение принципов здорового образа жизни: переизбыток (углеводное для одних слоёв населения и белковое для других), отсутствие ежедневных физических нагрузок, наличие скрытых инфекций и инвазий, стрессовые условия современной жизни и другие условия определяют состояние и самочувствие каждого человека. Возникающие на этом фоне заболевания трудно поддаются лекарственной терапии, а при её упорном применении ещё больше усугубляется состояние больного, так как это способствует дальнейшему зашлаковыванию его организма. Разве не так? Иначе чем можно объяснить такое количество диспансерных больных практически по всем нозологиям.

Для этого возрастного периода очистка организма является основополагающим условием. Любой вид лечения протекает более эффективно, если он проводится после очистки организма или на её фоне.

Сегодня предлагаются различные варианты очищения организма. И это действительно работает. Стоит больному человеку очистить свой организм, как его самочувствие и общее состояние улучшаются.

Хочу подчеркнуть, что очисткой следует заниматься в профилактических целях, периодически, начиная с 30-летнего возраста. Тогда она будет приносить максимальный эффект, и можно будет не задумываться ни об иммунитете, ни об атмосферном давлении или других тривиальных делах.

Для данного периода жизни человека лекарства, за небольшим исключением, не нужны. Конечно, если речь не идёт о людях с наследственными заболеваниями, травмами и инфекционными болезнями.

В третьем периоде жизни чаще всего приходится встречаться с уже сформировавшимися синдромокомплексами и дегенеративными изменениями в тканях тела. К сожалению, говорить о лечении, как таковом, здесь не приходится. Клеткам расти не из чего, хроническая зашлакованность организма существует на фоне гипотермии. Гипериммунные местные тканевые процессы дошли до глубокой стадии развития. Гормональная дисфункция, осложняющаяся крайней степенью поражения соединительной ткани и сопровождающаяся остеопорозом, не позволяет в полной мере применить те методы лечения, которые приемлемы для первых двух периодов.

Для этой категории больных уместно симптоматическое лечение с применением лекарств. Вот для них, пожалуй, и подойдет система современного поликлинического обслуживания. Заболела голова — назначат пенталгин, повысится давление — пропишут гипотензивное средство, появятся отёки на ногах — посоветуют принимать мочегонное, и т. д. Это касается тех людей, которые в своей жизни не занимались сохранением здоровья, передоверяли его другим людям, перекладывая свои заботы на плечи врачей, экстрасенсов, целителей.

Всех ожидает этот не простой период жизни. Как сохранить себя и как подойти к нему с наименьшими потерями? Занимайтесь профилактикой.

Есть надежда, что с развитием генной инженерии появится возможность оказывать пожилым людям существенную помощь в повышении трудоспособности, улучшении качества и продлении их жизни.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Лечить надо причину болезни, а не следствие её, проявляющееся в виде болевых и других симптомов. Сняв болевой симптом, я лишь на время помогу пациенту, лишив его чувственного аспекта переживания болезни, но через какое-то время он опять вынужден будет обратиться за помощью.

Мой выбор — лечение всего организма, а вам предстоит сделать свой выбор.

В данной работе представлен мой собственный взгляд на решение определённых медицинских проблем.

Казалось бы, что нового можно написать при имеющейся на сегодняшний день информации? Достаточно ознакомиться с современной справочной

литературой по патологической физиологии, патологической анатомии или гистологии, чтобы сразу понять, что практически никакой щели или бреши в информационном поле патологии человеческого тела не осталось. Всё описано и объяснено на самых различных уровнях. Однако, несмотря на это, при близком рассмотрении проявлений болезни в каждом конкретном случае возникает множество таких вопросов, на которые трудно дать определённые ответы. На первый взгляд, всё есть и всё на своем месте: есть симптомы, которые укладываются в рамки болезни, есть анализы, подтверждающие правильность поставленного диагноза, вот только лечение не всегда идёт по тому сценарию, которого ожидают врач и его пациент. Это означает, что овладение необходимыми знаниями ещё не даёт гарантии успешного лечения и выздоровления. Нечто подобное происходит и в методических подходах в терапевтической практике лечения. Имеется также достаточное количество способов лечения и приёмов, однако, применение их не даёт того результата по ходу лечения, который должен был бы им соответствовать. По моему мнению, проблема заключается в узкой специализации врачей терапевтического профиля, в ориентации их на лекарственную терапию, как основной вид лечения — без учёта истинных причин патологии.

Когда ко мне приходит больной с жалобой на боль в какой-нибудь части тела, я, глядя на него, решаю задачу: направить лечение только на тот симптом, с которым он пришёл, или повести широкомасштабное наступление? Заниматься только болевым симптомом, или всем организмом пациента? Первое значительно упрощает мою задачу и соответствует моей профессиональной квалификации врача невролога и мануального терапевта. Но я понимаю, что, сняв болевой симптом, я лишь на время помогу пациенту, лишив его чувственного аспекта переживания болезни, и через какое-то время он опять вынужден будет обращаться за помощью. А как быть с остальными проявлениями болезни? Если я ему не помогу, то кто ему поможет? Тем более, что в патологический процесс втянуты многие органы и системы организма, и, к тому же, ряд патологий существует на доклинической стадии развития, что не позволит пациенту получить лечение «по профилю». Заняться всеми аспектами его болезни мне — означает взять на себя более широкие полномочия. С одной стороны, сняв болевой симптом, можно быть довольным — задача ведь выполнена. С другой стороны, если влезешь в остальные проблемы больного пациента, невольно натолкнёшься на ответные реакции его организма. Готов ли пациент спокойно их переждать? Мой выбор всегда был за лечением всего организма, а вам предстоит сделать свой выбор. Основываясь на своём опыте, я с уверенностью могу сказать, что, если кто-то попытается сделать первый шаг, пойдёт предложенным мной путем и получит положительный результат, то последующие шаги будут даваться ему значительно легче, а втянувшись, он уже захочет работать именно так.

Рассказывая о методах и приёмах, которые помогали мне в лечении тяжёлых больных, я старался передать материал с максимальной открытостью, но заранее прошу прощения у читателя, если, может быть, не всегда справлялся с поставленной задачей. Это происходило из-за того, что невозможно всю полноту накопившегося опыта передать в тексте, многие приёмы требуют непосредственного участия трех сторон: пациента, врача и стажёра. Помимо информационного материала, изложенного в книге, существует большое

количество нюансов, познание которых возможно только на практических занятиях.

РЕКОМЕНДАЦИИ

Помните, что ваше здоровье это клад, но не безграничный. Нельзя всё время брать, брать и брать, не привнося и не восполняя его. Выражаясь современным языком, нашему организму нужны инвестиции, инвестиции в своё здоровье. Кто говорит, что здоровье за деньги не купить, не прав.

Главное, чтобы ваше обращение к врачу было своевременным, а помощь — квалифицированной.

Когда я писал эту книгу, передо мной возник вопрос — публиковать нижеизложенный материал, или нет? Оставить его в том виде, который будет понятен любому читателю, или переписать, подстраиваясь под профессионалов, для которых книга написана. Размышляя таким образом, я всё же решил опубликовать эту главу на том основании, что врачи тоже могут быть пациентами, и им, также как и их больным, порой необходима помощь, совет.

А. Алексеев в книге «Врачи — заложники смерти» пишет о сокращении срока жизни врачей на 10–20 лет, объясняя это тем, что врачи, выполняя тяжёлую и ответственную работу, не имеют социальной защиты: профессия врача не включена в список социально значимых профессий; отсутствуют социальные льготы; несмотря на профессиональную вредность, врачи получают мизерную зарплату. Врача учат лечить больного, но не приучают его к самоанализу. Теория самопознания и философия жизни должны быть наисерьёзнейшими экзаменами у будущего медика, иначе ему не удастся прожить даже собственную жизнь в гармонии с самим собой и окружающим миром. Как же тогда он будет помогать людям?

«Внешнее отвлекает от внутреннего, врач перестаёт слышать сигналы бедствия организма (физиологические и органические). Вначале он перестаёт обращать внимание на насморк, затем — на перепады в настроении. Потом оказывается, что такому врачу уже не интересны и жалобы пациента. В конце концов, врач оказывается ненужным и самому себе. При этом у него теряется интерес не только к себе, но и к жизни вообще (А. Алексеев, 2000 г.).

Часто от посетителей поликлиник приходилось слышать, что один врач, как правило, назначает одни лекарства, другой—другие, а третий «любит назначать свои. Это говорит о «привязанности врачей к определённым штампам в лечении. Такой способ решения лечебных задач врач применяет и к самому себе. Часто это не даёт положительного эффекта и, видя безрезультатность лечения, врач впадает в депрессию, причина которой — не только его отношение к пациенту, но и отношение к самому себе. Уместно вспомнить библейское: «Врач! Исцели самого себя. Это означает: прежде, чем браться за лечение больного, врачу следует вылечить себя самому.

Некоторые мои коллеги, призывая пациента бросить курить, не злоупотреблять алкоголем, посещать спортзал, сами курят, злоупотребляют алкоголем и физической культурой не занимаются. А ведь врач, как лидер, должен вести больного к здоровью и своим, собственным примером.

Я согласен с мнением, что многие врачи, заболев, к сожалению, не могут *lege artis* (по всем правилам искусства) исполнять роль прилежного пациента. Наверное, это происходит из-за их узкопрофильности, амбициозности и потери веры в те методы и приёмы, которые они используют при лечении больных.

Поэтому в конечном итоге я оставил изложенный ниже материал без изменения — с надеждой, что эти рекомендации не слишком отяготят знания как врачей, так и пациентов.

НЕ СБИВАЙТЕ ТЕМПЕРАТУРУ ТЕЛА, если она не вызывает ухудшения общего состояния (тошнота, рвота, сильная головная боль, головокружение), не превышает порог в 39 °С, и больной спокойно её переносит. Температура выше 37,2° активизирует борьбу иммунных клеток крови против бактерий и вирусов, и, искусственно снижая температуру, вы мешаете организму бороться с болезнью. Снизив температуру до нормы, вы, таким образом, «открываете путь для распространения инфекционного агента по организму, что приводит к появлению хронических заболеваний и осложнений. Если вы тяжело переносите высокую температуру, не спешите сразу использовать химические препараты, возьмите на вооружение простой, безвредный и проверенный временем способ — обтирание всего тела раствором водки, столового уксуса и воды в соотношении 1:1:1.

НЕ ПРИМЕНЯЙТЕ АНТИБИОТИКИ для лечения заболеваний без предварительного бактериологически подтверждённого диагноза, за исключением случаев, когда к тому имеются строгие показания или существует реальная угроза для жизни. Используйте фитотерапию и гомеопатию (отвары и настои трав, природные антисептики — чеснок, ромашка, шалфей, календула, препараты эхинацеи и пр.). Применяйте антиоксиданты и препараты, действующие как антибиотики, но, в отличие от них, не вызывающие дисбактериоза, снижения иммунитета и пр. («Ликвацид»). Необходимо найти очаг хронического воспаления (больной зуб, воспаленный кишечник или придаток и пр.) и санировать его как наиболее вероятную причину заболевания организма. Опыт показал, что лечение обострения хронического заболевания антибиотиками — это путь в тупик и к выздоровлению он не ведёт.

НЕ ПРИМЕНЯЙТЕ ВИТАМИНЫ, если предварительно вы не приняли меры по ликвидации глистов и простейших. Согласно статистическим данным, заражение детей гельминтами (в школах, детских садах и т. д.) является почти поголовным, да и среди взрослого населения поражение также достаточно высоко. Эти паразиты питаются микроэлементами и витаминами. Поэтому приём витаминов приводит к подкармливанию паразитов, а организм так ничего и не получает. Прежде чем применять витамины, желательнее убедиться, что их количество в вашей крови снижено. Организм, свободный от паразитов, способен сам устранить дефицит витаминов, получая их из овощей и фруктов и других натуральных продуктов. Искусственно созданные витамины наводят на мысль об искусственном мёде, искусственной икре или масле (!).

НЕ НАЧИНАЙТЕ ЛЕЧЕНИЕ С ХИМИЧЕСКИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ, если на то нет прямых показаний. Начните лечение с фитотерапии, гомеопатии, гирудотерапии, рефлексотерапии, физиотерапии, мануальной терапии и других экологически чистых методов, предварительно проконсультировавшись со специалистами. Требуйте выполнения всех необходимых видов исследований для установления наиболее полного диагноза. Если вам ставят диагноз, оканчивающийся на «ит, что характеризует воспаление, требуйте микроскопического, бактериологического и гистологического исследования секретов, жидкостей и тканей, даже тех, которые подлежат удалению, так как исследования их приведут к выявлению причины заболевания и покажут путь дальнейшей профилактики. Так, при

гастрите необходимы микроскопические исследования слизистой оболочки желудка (методом соскоба), желудочного сока и желчи. Эти исследования должны проводиться сразу после отбора материала. Анализы должны проводиться еженедельно, особенно там, где были выявлены нарушения, чтобы вовремя изменить вид лечения, или сменить врача, если нет положительной динамики.

НЕ ПРИМЕНЯЙТЕ ГОРМОНАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ, если хоть незначительное их количество выделяется собственными эндокринными органами. Ищите врача, который будет работать с этими органами для восстановления утраченных ими функций. Не идите по пути наименьшего сопротивления, не слушайте того, кто будет по старинке назначать вам гормональные препараты. Это путь в тупик. Помните, что любого здорового человека можно сделать диабетиком, вводя ему каждый день инсулин, так как клетки его поджелудочной железы за ненужностью атрофируются, и выработка собственного инсулина прекратится. То же происходит и с другими гормональными органами. Помните, что причина любой недостаточности или избыточности функции органа находится в большинстве случаев за пределами этого органа.

НЕ ОТНОСИТЕСЬ К ОБЕЗБОЛИВАЮЩИМ ПРЕПАРАТАМ КАК К МЕТОДУ ЛЕЧЕНИЯ. Они созданы как резервная часть лекарств на тот случай, когда рядом нет врача, или идёт выяснение причины, вызвавшей боль. Не поддавайтесь рекламе на ТВ. Помните, что «боль есть сторожевой пёс здоровья. Подавив боль, вы оставите причину болезни не устранённой, и в следующий раз, когда боль вернётся, справиться с ней будет уже не так просто. Частое применение обезболивающих препаратов приводит к снижению болевого порога, повышению чувствительности и осложняет течение любого лечебного процесса.

НЕ ПРИМЕНЯЙТЕ РАЗОГРЕВАЮЩИХ СРЕДСТВ, таких, как горячие души, грелки, парафин и озокерит, мази с прогревающим эффектом (типа «Финалгон»), бани, сауны в следующих случаях: при болях, распространяющихся по ходу нервных корешков; при болях, являющихся следствием воспаления суставов; при болях в позвоночнике (радикулит), а также при болях в результате воспаления внутренних органов. Эти боли появляются из-за того, что воспаление сопровождается отёком, который сдавливает ткани, нервы и сосуды. Прогревание и разогревание этого участка вызывает дополнительный приток крови и приводит, как правило, к усилению боли. В первый момент прогревания боль может несколько уменьшиться за счёт отвлекающего эффекта, но потом боль становится ещё более интенсивной, так как по ходу нервных стволов (седалищного, плечевого, межрёберного и др.) усиливается отёк, убрать который бывает очень тяжело. Не верьте рекламе, помните, что мазь «Финалгон — это, прежде всего, спортивная мазь, предназначенная для спортсменов, но не для снятия боли при воспалении.

НЕ ПРИНИМАЙТЕ САМОСТОЯТЕЛЬНО ИММУНОКОРРЕГИРУЮЩИЕ ПРЕПАРАТЫ во время разгара болезни, так как организм находится в режиме сложнейшей иммунной перестройки, и приём этих препаратов может помешать собственному иммунному ответу на внедрившуюся инфекцию. Эти препараты желателно принимать в тот период, когда организм находится вне болезни (в стадии ремиссии) и только под лабораторным контролем крови. Необходимо проводить расширенный клинический анализ крови и протеинограмму. При выявлении отклонений в

иммунной системе назначаются специфические препараты, влияющие на иммунитет. После проведения иммунокоррекции необходимо провести повторный анализ крови, чтобы убедиться в том, что произошёл ожидаемый положительный сдвиг в иммунной системе организма. Только такой подход к проблеме недостаточности или (что не менее важно) избыточности иммунитета сможет дать необходимый результат, особенно для тех, кто часто и длительно болеет. Помните, что состояние иммунной системы в основном зависит от состояния вашего кишечника. Наличие дисбактериоза — серьёзный повод для беспокойства.

НЕ «САДИТЕСЬ НА ДИЕТУ. Не голодайте, пока не выясните с помощью исследований, что в вашем организме находится в избытке, а что в недостатке. Часто голодающие люди лишают свой организм необходимых жизненно важных веществ, усугубляя ещё больше имеющиеся нарушения. Лечить таких пациентов очень тяжело, и прогноз в перспективе часто бывает неутешителен. Строгие религиозные посты также могут быть вредны организму. Они обязательны лишь для монашеской жизни, чтобы «умерщвлять плоть — угнетать определённые гормоны, а, следовательно, и эмоции. Мы же — мирские жители, и живём полноценной эмоциональной жизнью. Поэтому лишения, которым вы подвергаете свой ослабленный организм, могут нести фатальный характер. Если думаете, что с помощью поста можно очистить свой больной организм, то вы заблуждаетесь. Что позволено здоровому человеку, недопустимо больному. Сегодня существует достаточное количество эффективных средств для очищения организма от шлаков. Обратитесь к специалистам.

Полвека назад специалисты по гигиене питания предложили такую схему соотношения белков, жиров и углеводов — 1:1:3. В то время (послевоенное) это было оправданным, так как многие люди не набирали необходимого веса. Сегодня это соотношение приводит к ожирению из-за избытка углеводов и жиров как основного энергетического материала. Следовательно, соотношение должно быть изменено на 3:1:1. Продукты из муки и картофеля, кондитерские изделия следует заменить овощами и фруктами, благо они теперь продаются круглый год. Если вы склонны к полноте, то самый эффективный и естественный способ регуляции обмена веществ — не есть после 19 часов и плавно повысить физическую нагрузку на мышцы.

НЕ ИСПОЛЬЗУЙТЕ ПИЩЕВЫЕ ДОБАВКИ при лечении, так как они не являются лекарственными средствами. Будьте особенно осторожны к тем добавкам, которые содержат ферменты. Принимая ферменты, вы делаете свой организм «ленивым, и он снижает производство своих собственных ферментов. Обратите внимание на то, что назначение биодобавок осуществляется, как правило, без предварительных клинических и лабораторных исследований, а лишь на основании жалоб больного или каких-либо симптомов, не являющихся зачастую причиной заболевания. После применения биодобавок лабораторные исследования, как правило, также не проводятся, и результат оценивается лишь по субъективным ощущениям.

НЕ НОСИТЕ стесняющую вас одежду, обувь, бижутерию и аксессуары. Ничто не должно оставлять «следов на теле. Помните, что любая вмятина на вашей коже, оставленная от воротничка рубашки, галстука, поясного ремня, резинок носков, трусов, колготок, бюстгалтеров, колец, часов, браслетов и прочего — свидетельство ухудшения местного кровообращения и причина для развития отёков, в том числе и «целлюлитных. Знайте, что каждый квадратный

сантиметр вашей кожи несёт определённую информацию и опосредованно связан с внутренним органом или частью тела. Нарушение микроциркуляции крови может стать причиной недугов.

НЕ НАДЕВАЙТЕ на голое тело одежду из синтетики, так как она искажает электрический потенциал кожи. Старайтесь носить одежду из натуральных тканей. Пренебрежение этим правилом чревато развитием фиброза подкожного слоя.

ОСТЕРЕГАЙТЕСЬ СКВОЗНЯКОВ! Не пытайтесь остыть в холодном или прохладном месте даже летом, особенно когда ваше тело разогрето и увлажнено, так как в момент быстрого остывания кожа переохлаждается и способна «приклеиваться к подлежащим тканям, что впоследствии вызовет перенапряжение и болезненность мышц и тугоподвижность суставов. Лечить такие нарушения сложно и долго, не говоря уже о трудности диагностики подобных состояний. Как правило, заболевают люди, активно пользующиеся услугами кондиционеров. Часто за помощью обращаются те, кто проводит свой отпуск в странах с жарким климатом. Разогревшись на солнце, они, придя к себе в номер, включают кондиционер и получают специфическое переохлаждение тканей. Спустя какое-то время у них появляются сильные боли в мышцах и суставах. У водителей в тёплое время года возникают проблемы вследствие переохлаждения одной половины тела, а у их пассажиров — другой. Причина — в открытых окнах авто-мобиля, создающих поток холодного воздуха, направленного на участки верхнего плечевого пояса и спины.

БУДЬТЕ БДИТЕЛЬНЫ на процедурах с применением мануальной терапии. Если врач крутит до хруста вашу голову или позвоночник в обе стороны, если он собирается провести приём, и при этом вы чувствуете усиление боли, если он лечит вашу больную шею и не уделяет такого же внимания поясничному отделу — вам следует сменить врача на более опытного. Помните, что приёмы должны совершаться безболезненно и приносить расслабление и облегчение! Особенно это касается такого жизненно важного отдела, как шейный отдел позвоночника.

ПОСЕЩАЯ МАССАЖНЫЙ КАБИНЕТ, просите сделать вам массаж с применением трёх движений: растирание, разминание и растягивание. Эти движения расслабляют напряжённые мышцы и ткани, в то время как щипки, рубление, шлепки и другие ударные приёмы их возбуждают и необходимы только в особых случаях (вялые парезы и параличи). Массаж должен быть достаточно длительным по времени. Не пугайтесь, если на теле после массажа появились синяки. Они говорят о том, что в глубине ваших тканей находились уплотнения, разминание которых вызвало образование временных гематом. Гематомы рассосутся, а вместе с ними исчезнут и уплотнения.

ПОМНИТЕ, ЧТО НЕТ АБСОЛЮТНО ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ . Есть люди недостаточно обследованные. Если каждого из нас тщательно обследовать, то найдётся какое-нибудь заболевание в разной степени его развития. Золотое правило для любого человека гласит: всё надо делать вовремя! Глупо бравировать тем, что вы не посещаете врачей и при появлении симптомов самостоятельно устраняете их. Это приводит к сокрытию первых признаков неблагополучия в организме и к хроническому развитию патологического процесса. Потом придётся не платить (за лечение), а расплачиваться, что не одно и то же. В древнем Китае придворного врача переставали кормить, когда кто-то из его подопечных заболел. Считалось, что он плохо следил за человеком и ничего не предпринимал, чтобы предупредить болезнь.

Помните, что ваше здоровье это клад, но не безграничный. Нельзя всё время брать, брать и брать, не привнося и не восполняя. Выражаясь современным языком, нашему организму нужны инвестиции, инвестиции в своё здоровье. Кто говорит, что здоровье за деньги не купить, не прав. Ему, видно, в жизни не повезло с врачами, и его личный опыт не внушает оптимизма. Надо знать, у кого и что покупать, можно купить и здоровье. Главное, чтобы ваше обращение к врачу было своевременным, а помощь — квалифицированной. Вспомните, сколько раз вы ремонтировали вашу квартиру? Как часто вы проводите техосмотр вашей машины? Как часто чините и чистите одежду, обувь и пр. А что полезного вы сделали для своей печени, почек, нервов, рук, ног и т. д.?

Каждая низкодифференцированная клетка организма имеет свое число репликаций — так называемый биологический ресурс. При незначительном отношении к своему здоровью этот биологический ресурс сокращается в два—три раза. И вместо того, чтобы прожить 150 лет, человек едва дотягивает до 80. Всё не беспредельно, всё требует ухода. Если саженец элитной яблони оставить без ухода, вырастет дичок, и яблоки будут кислые. А может, их не будет совсем. Заботьтесь о своём здоровье, и качество вашей жизни будет соответствовать вашим запросам. Наш организм обладает определёнными резервами, запасом прочности, и может себя восстанавливать. Однако со временем под влиянием множества факторов, подчас от нас и не зависящих, эти возможности тают, и отдельные органы начинают преждевременно стареть. Вначале приходят функциональные нарушения, а затем и органические поражения. Поверьте, появление боли равносильно пожару в доме, необходимо срочно принимать меры.

Каждый человек должен придерживаться основных принципов здорового образа жизни, и чем раньше он это поймёт — тем лучше! Себя надо любить, себя надо беречь, собою надо заниматься постоянно. Я не призываю вас быть эгоистами. Вспомните Библию: «Возлюби ближнего твоего, как самого себя. Мы живём в эпоху перемен, экологических катастроф, глобальных изменений в природе, поэтому за здоровьем надо следить как за ребёнком, постоянно держать его в поле зрения и заниматься им бережно и заботливо. Первый шаг к здоровью должен быть сделан вами, а не врачом. Не он должен искать вас, это вы должны найти его. Действуйте!

ПЕРИОДИЧЕСКИ, ВЕСНОЙ И ОСЕНЬЮ, ПРОВОДИТЕ ОЧИСТКУ ОРГАНИЗМА. На фоне адсорбентов с помощью клизм из лекарственных трав, содержащих естественные фитонциды, фунгициды и антибиотики, проведите очистку толстого кишечника. Это позволит без осложнений и аллергических реакций принять противопаразитарные препараты. С помощью грейпфрутов можно очистить лимфатическую систему.

КОЖА ТРЕБУЕТ ПОСТОЯННОГО ВНИМАНИЯ. Она «любит» всевозможные растирания, разминания, растягивания. От этого она становится мягкой, бархатистой и эластичной. Необходимо растирать всё тело — от кончиков пальцев до корней волос. Важно вызвать эффект гиперемии и тепла. Очень полезно разминать кожу лица, а волосяной покров требует особого подхода. Идеальным для кожи было бы раз в день слегка вспотеть после какой-нибудь физической нагрузки и хотя бы один—два раза в неделю легко пропотеть в сауне при температуре не более 70–80 градусов. Это позволило бы постоянно очищать кожу от отлагающихся в ней продуктов метаболизма, старых клеток и поддерживать её рефлекторную активность.

УТРОМ И ПЕРЕД СНОМ ПЕЙТЕ ЧИСТУЮ ВОДУ , не забывайте о необходимости присутствия отрубей в рационе. Каждый раз после туалета подмывайтесь холодной водой, стараясь омыть всю промежность. (Помните, душ «Биде» предназначен не только для женщин, но и для мужчин.) Поступая так, вы сохраните молодость, бодрость и гибкость до преклонного возраста.

ПРИ ВЫБОРЕ МЕСТА ОТДЫХА предпочтение отдавайте хвойному лесу или морю. Больше ходите босиком, пляж выбирайте с галькой и каждый день ходьбой разминайте на нём ваши стопы. Дома используйте тренажёры для стоп.

ВСЕГДА СТАРАЙТЕСЬ БЫТЬ ВЕСЁЛЫМ, ДОБРОДУШНЫМ И ВЕЛИКОДУШНЫМ. Поддерживайте в себе состояние внутренней улыбки, и всё негативное вас минует. Старайтесь избегать общения с теми людьми, которые при встрече с вами постоянно жалуются на свою не сложившуюся жизнь, неудачи, болезни. Помните, «с кем поведёшься — от того и наберёшься. Одно дело помочь человеку морально или материально, и другое — постоянно выслушивать его жалобы. Последнее — прерогатива людей соответствующих профессий (священник, психолог). Вы можете вобрать в себя негативную информацию и пострадать от этого. Если вы не в силах реально помочь этому человеку, переведите разговор на другие темы. Окружайте себя людьми доброжелательными и весёлыми. Соблюдайте правило: «Не делайте и не желайте другим того, чего вы не хотели бы для себя, и всё будет хорошо.

Р. С. Естественно предположить, что изложенные здесь рекомендации носят общий характер и не могут претендовать на обязательность исполнения. В каждом конкретном случае, конечно же, надо поступать в соответствии с имеющимися условиями. Однако, придерживаясь этих советов, автору удавалось успешно решать многие проблемы.

КОММЕНТАРИИ К ИЛЛЮСТРАЦИЯМ НА ЦВЕТНОЙ ВКЛЕЙКЕ

Дорогой читатель! Представляю Вам ряд фотографий и свои комментарии к ним.

Фото 1

Рядом со мной мой сын и коллега Валентин.

Фото 2–9

Любой вид диагностики важен сам по себе. Например, с помощью ультразвукового исследования можно определить наличие камня или опухоли в почке, или полипа в желчном пузыре. Рентгеновское исследование показывает наличие перелома или трещины в кости, опухоли, например, в лёгких или молочной железе. Исследования биологически активных точек показывают уровень электропроводности (электрического сопротивления) в них, и по этим показателям, косвенно, судят о состоянии того или иного органа, или системы органов. Существуют ещё и электрокардиография, энцефалография и другие диагностические методы.

Однако, если предположить, что ни УЗИ, ни рентген, ни ЭКГ (ЭГГ, МГГ и т. д.) не показали наличия патологических изменений в органах и тканях, а патология всё-таки имеется и «пациент болен, то как оценить состояние его организма? Необходимы ещё и другие виды диагностики, которые показывали

бы функциональную активность (состоятельность) исследуемых органов и тканей, так как приведённые выше диагностические методы для этого не пригодны. Одним из таких видов диагностики является дистанционное температурное сканирование тела человека — тепловидение.

По моему мнению, тепловидение является одним из самых прогрессивных и перспективных видов диагностики на сегодняшний день. С его помощью можно определить уровень кровообращения в исследуемых тканях, их температурный градиент, а через них установить, в каком функциональном состоянии находится тот или иной орган, или ткань тела. Параллельно проведённый анализ крови подскажет, с какой формой воспаления мы имеем дело — с инфекционным процессом, или с асептическим воспалением.

Перед каждой последующей лечебной процедурой с помощью тепловидения можно определить силу и адекватность физиологического ответа организма (тканей) на ранее проведённое лечебное воздействие.

Таким образом, у врача появляется возможность видеть на каждом последующем сеансе результат своего влияния на патологический процесс. Кроме этого, врач, основываясь на динамике лечебного эффекта, с помощью данной диагностики может определить степень разумной достаточности своего воздействия, или воздействия любого физического фактора, используемого в лечении. Причём, верифицированного, а не построенного лишь на определении самочувствия больного. В современной физиотерапии, к сожалению, нет способа определения степени разумной достаточности воздействия. Каждому больному отпускается, как правило, 10 или 15 процедур, без учёта того, что, может быть, одному их надо 5–7, а другому и 20-ти будет недостаточно.

Тепловизионный метод диагностики позволяет устранить такое несоответствие и предоставляет врачу провести намеченное лечение с максимальным эффектом. Я уже не говорю об открывающихся возможностях применения данной диагностики в хирургии (подготовка операционного поля и органов к операции, чтобы избежать послеоперационных осложнений), в стоматологии и в других медицинских отраслях.

Развитие отечественной диагностической тепловизионной техники остановилось в конце 80-х годов. Был закрыт работавший в Ленинграде центр по обучению врачей тепловизионной диагностике. А жаль. По моему мнению, основная причина происшедшего кроется в том, что врач, проводивший данную диагностику, в лечебном процессе не участвовал, а тот, кто лечил, — снимков не видел. Да и диагностика носила узкопольный (только определённых частей тела) характер, всё остальное оставалось «за кадром и никак не комментировалось, что, на мой взгляд, и привело к заниженной оценке данного вида диагностики.

Эта практика наблюдается и до сих пор. Кабинеты тепловизионной диагностики имеются во многих лечебных учреждениях (по крайней мере, в Санкт-Петербурге), однако их деятельность оторвана от практики. Получается, что диагностика существует ради диагностики, а не как руководство к терапии, что и привело тепловидение к частичному забвению.

С уверенностью могу сказать, что в скором будущем этот вид диагностики займёт своё, вполне заслуженное место.

Эта технология (обследование — лечебное воздействие — обследование — и т. д.) проста и эффективна. Если, например, массажиста, владеющего приёмами лечебного массажа, вооружить дистанционным сканером определения температуры тела человека (назовём это так, чтобы не дразнить

словом «диагностика членов лицензионных комиссий) и обучить его правилам работы при тех или иных показателях температуры на исследуемом теле, то он сможет достичь значительных лечебных эффектов.

По моему мнению — тепловизор, как инструмент перспективной диагностики, должен находиться в каждом кабинете физиотерапевта, рефлексотерапевта, мануального терапевта (объединенных в одну профессию — врача общей практики) и других специалистов, включая и кабинет массажиста (работающего под контролем врача).

В целях достоверности приведённой здесь информации и в защиту тепловизионной диагностики приведу пример из собственной практики. Больная Н., 27 лет, обратилась за помощью по поводу боли в области шейно-грудного перехода справа и правом плечевом суставе. На фото (2 и 3) вы видите результат первичной диагностики. Дополнительно, при сборе анамнеза, установлено наличие хронического воспаления в области придатков (синдром бесплодия в течение 3,5 лет, несмотря на лечение гормонами), выраженной мастопатии с множественным наличием узлов в молочной железе, ежемесячных проявлений предменструального синдрома в критические дни, вегето-сосудистой дистонии по гипотоническому типу, хронического холецистита, запоров и гормонального дисбаланса по клиническим исследованиям крови. Кроме этого, пальпаторно определялась болезненность в области правого подреберья, области над лобком, молочных желез. Впервые установлен, а впоследствии и подтверждён на УЗИ правосторонний загиб матки. Кроме этого, определён и ряд других, более мелких нарушений.

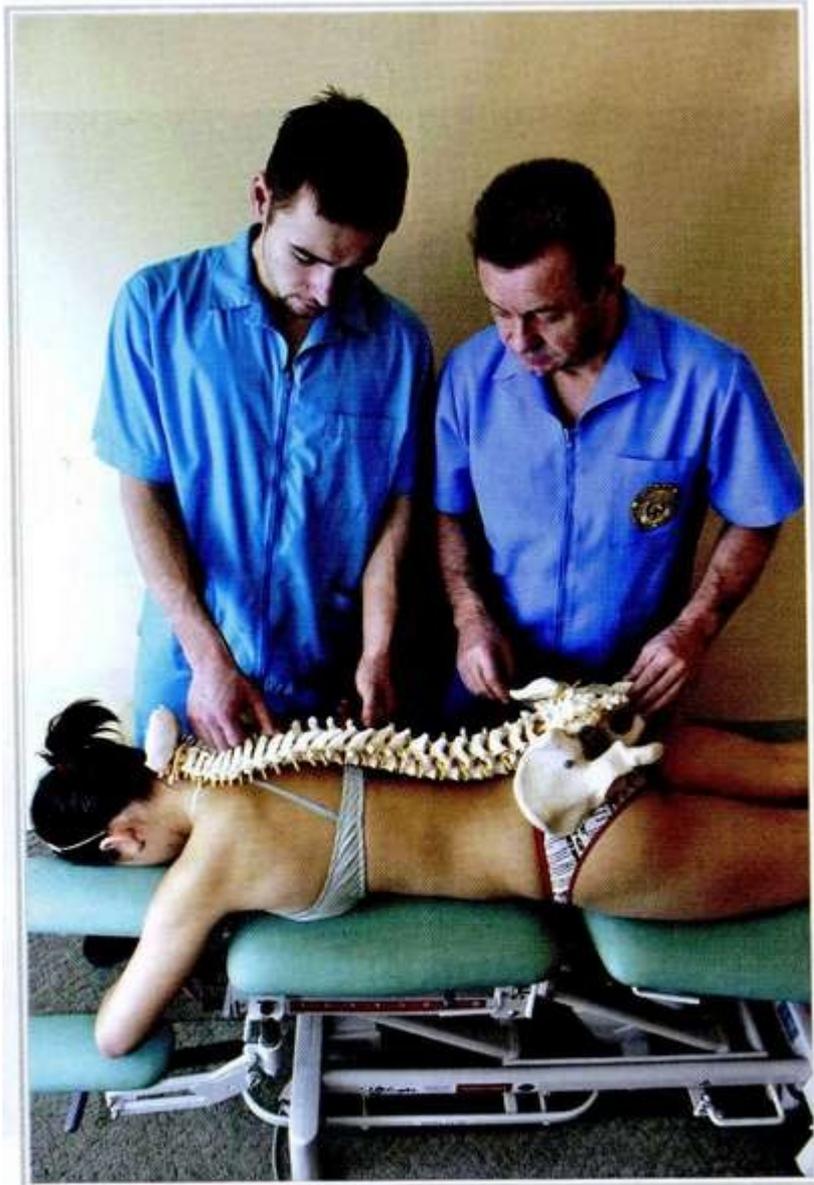
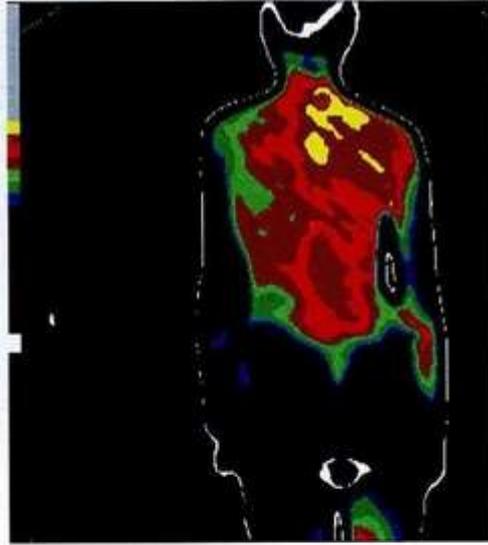


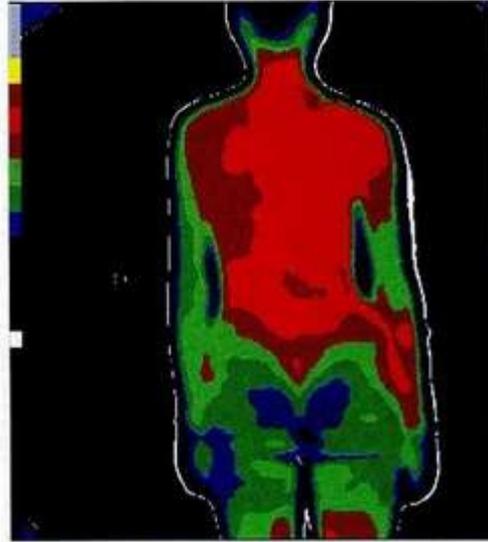
Фото 1



Φοτο 2



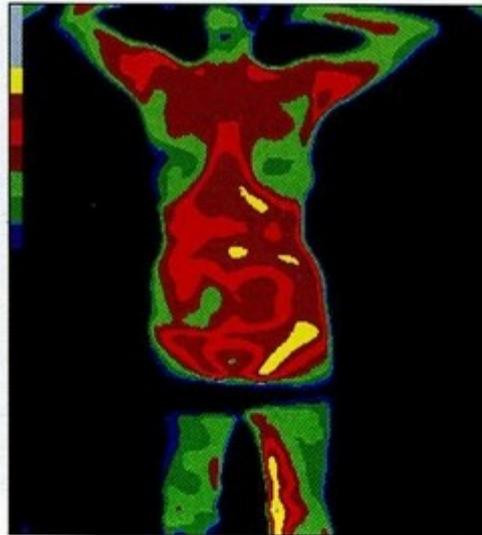
Φοτο 3



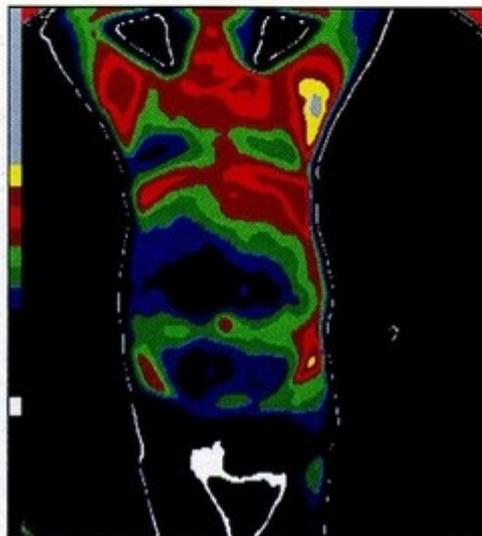
Φοτο 4 Φοτο 5



Φοτο 6



Φοτο 7



Φοτο 8 Φοτο 9

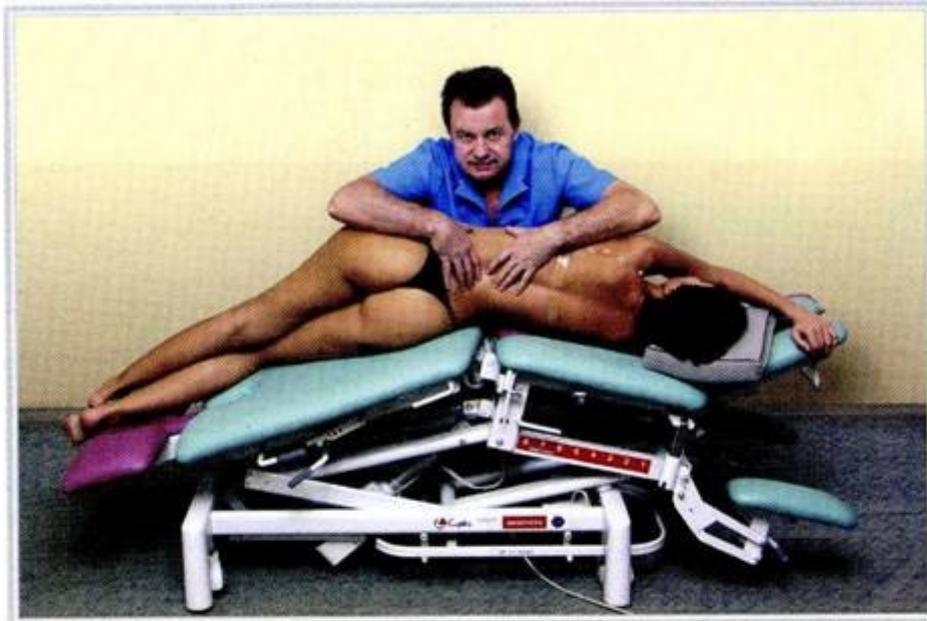


Фото 10

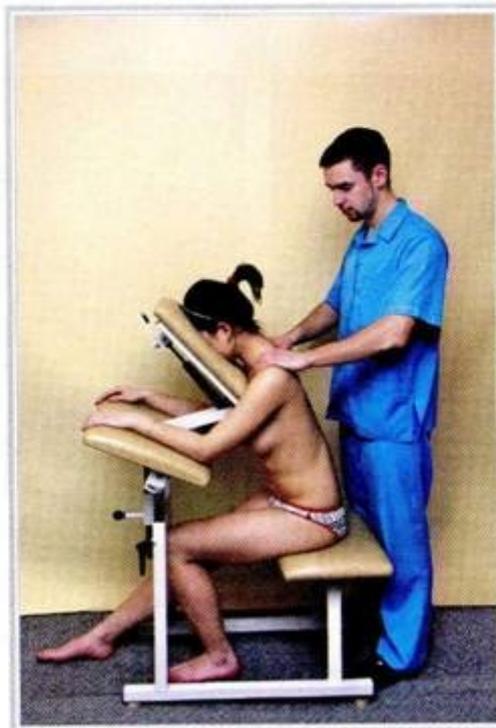


Фото 11

Фото 12

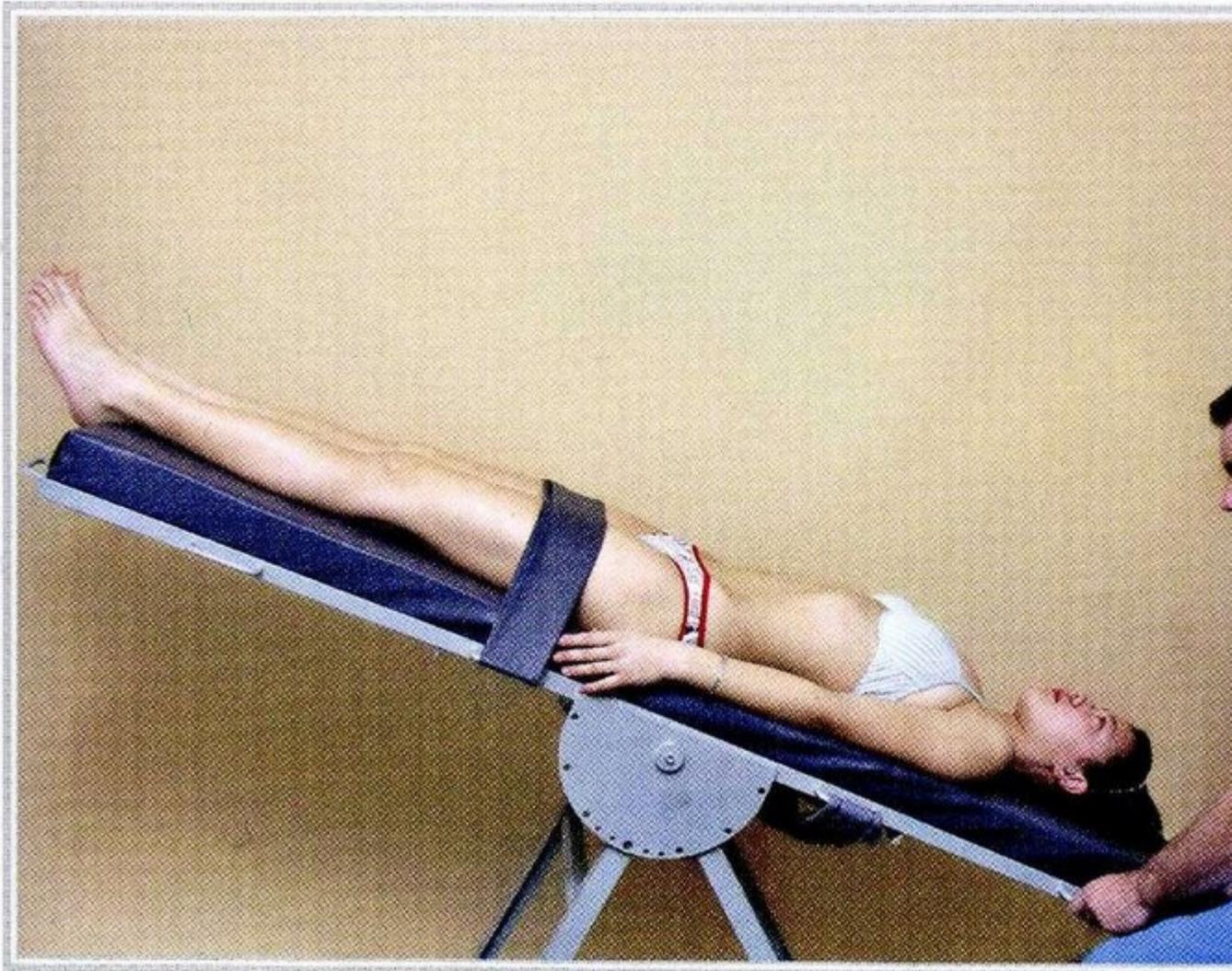




Фото 13

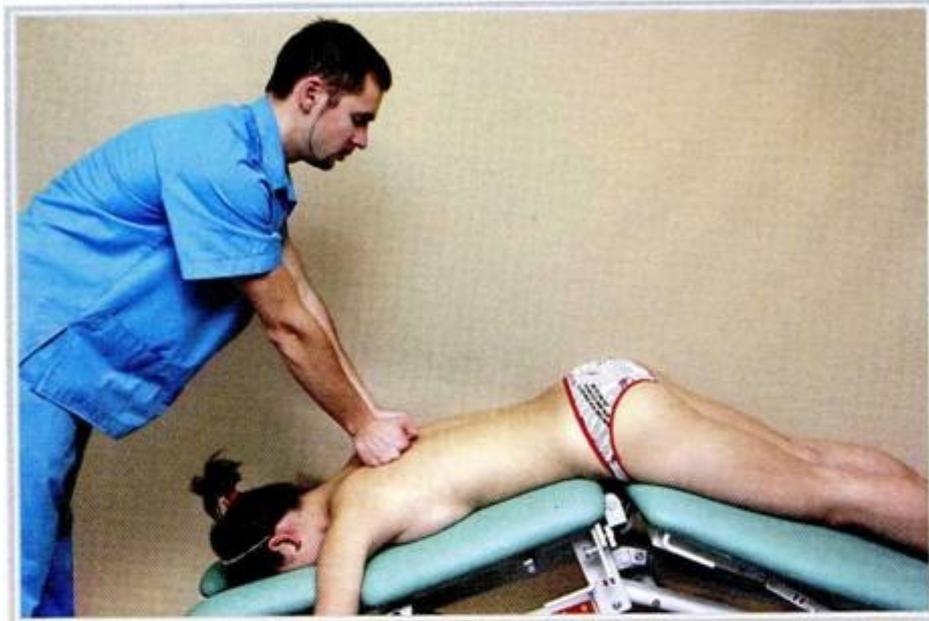


Фото 14



Фото 15

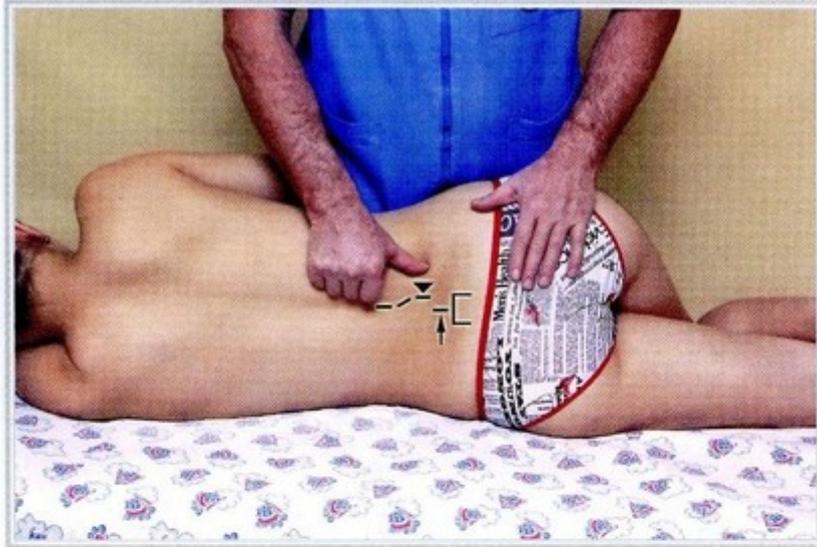
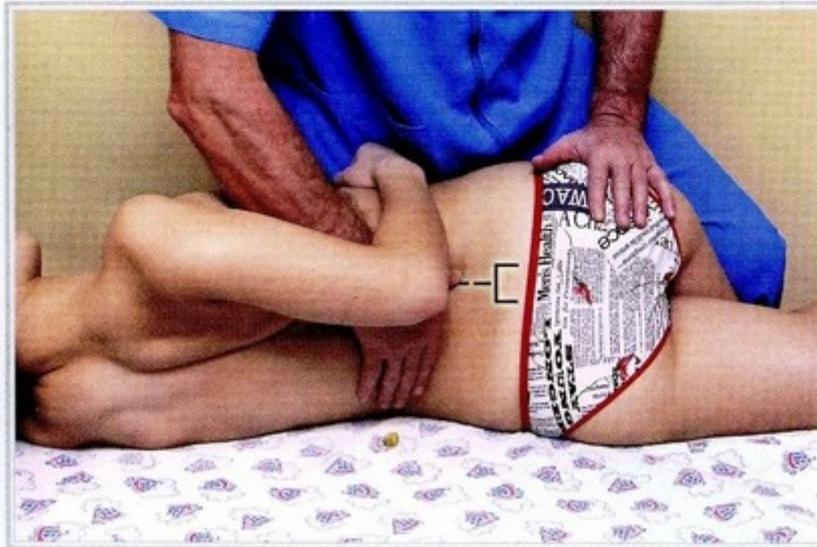


Фото 16



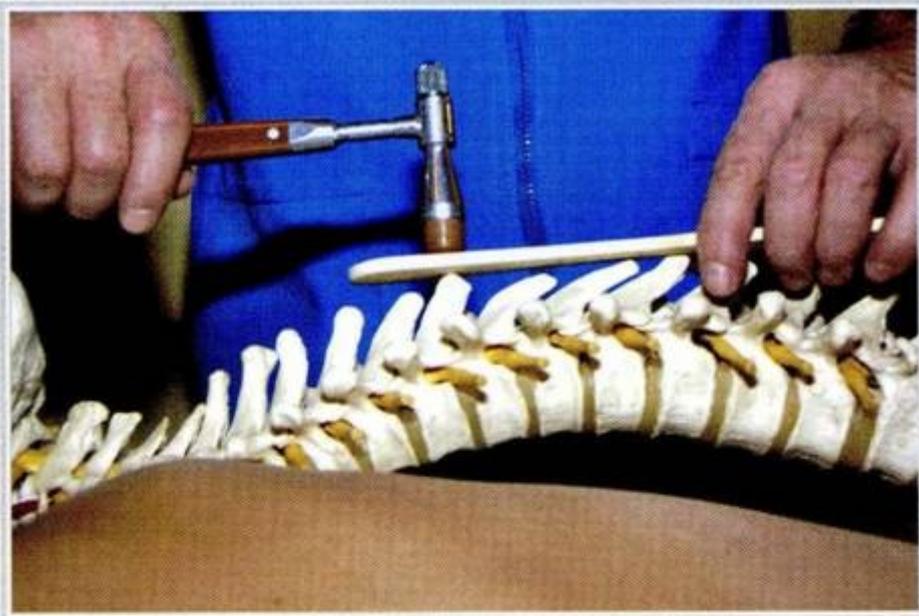


Фото 18



Фото 19



Фото 20

Φοτο 20



Φοτο 21

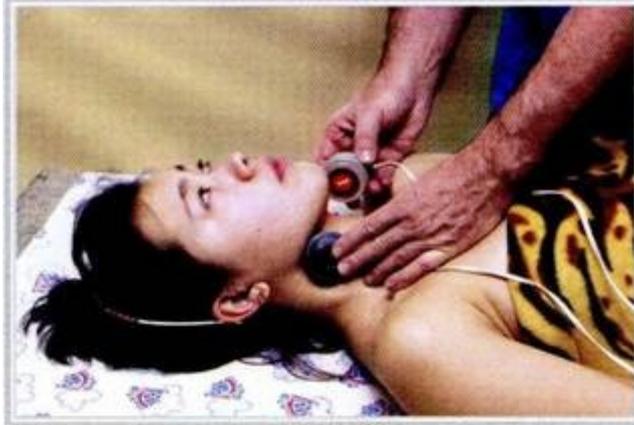


Фото 22



Фото 23



Фото 24

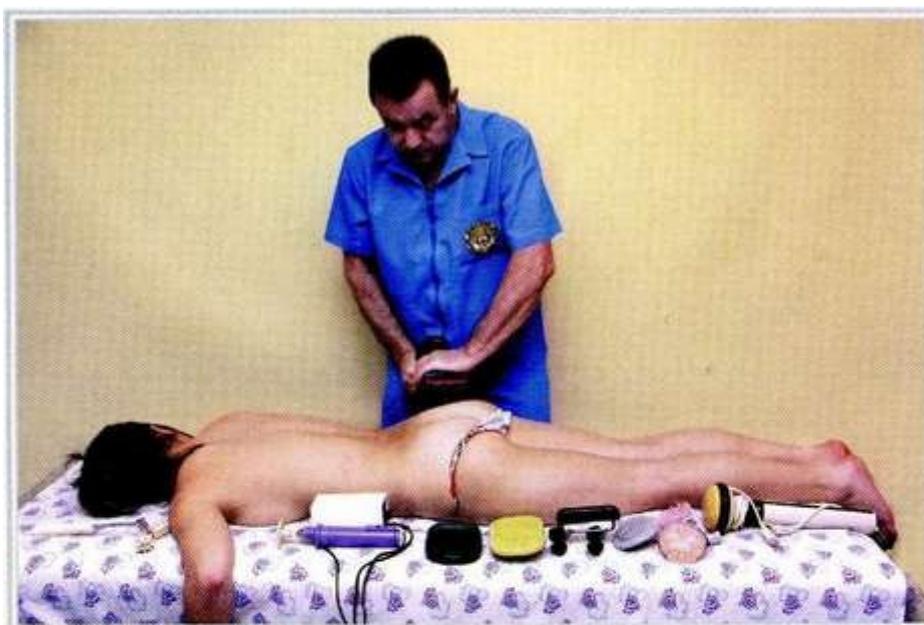


Фото 25

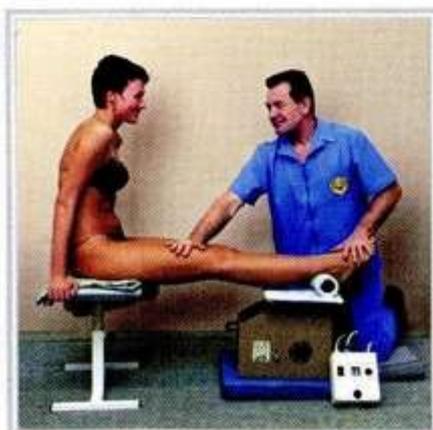


Фото 26 Фото 27



Фото 28

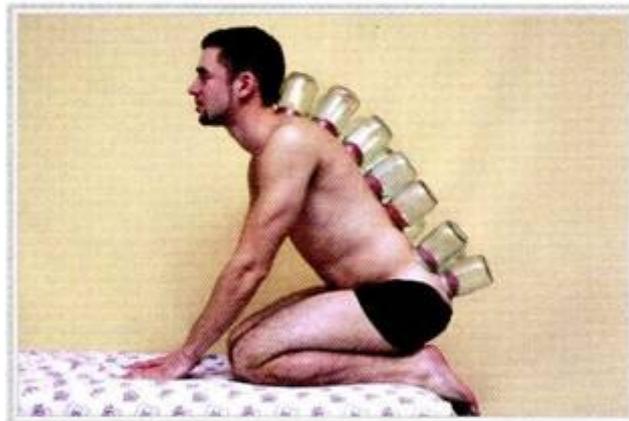


Фото 29



Фото 30

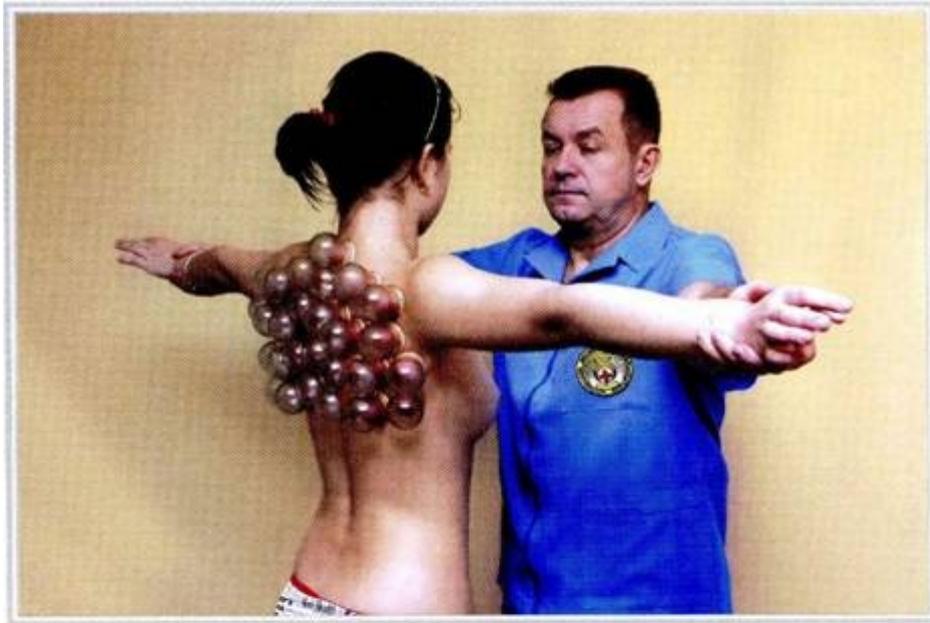
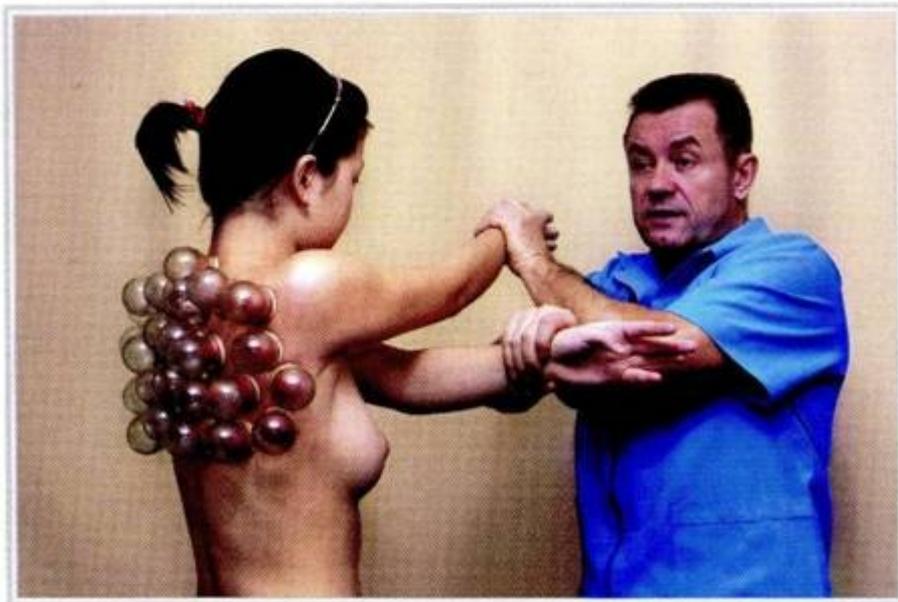


Фото 31



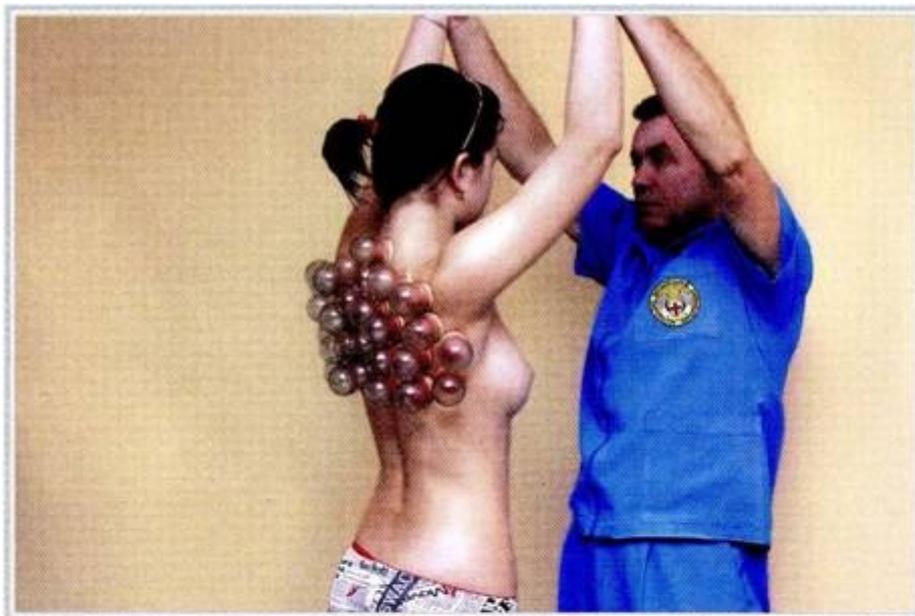


Фото 33

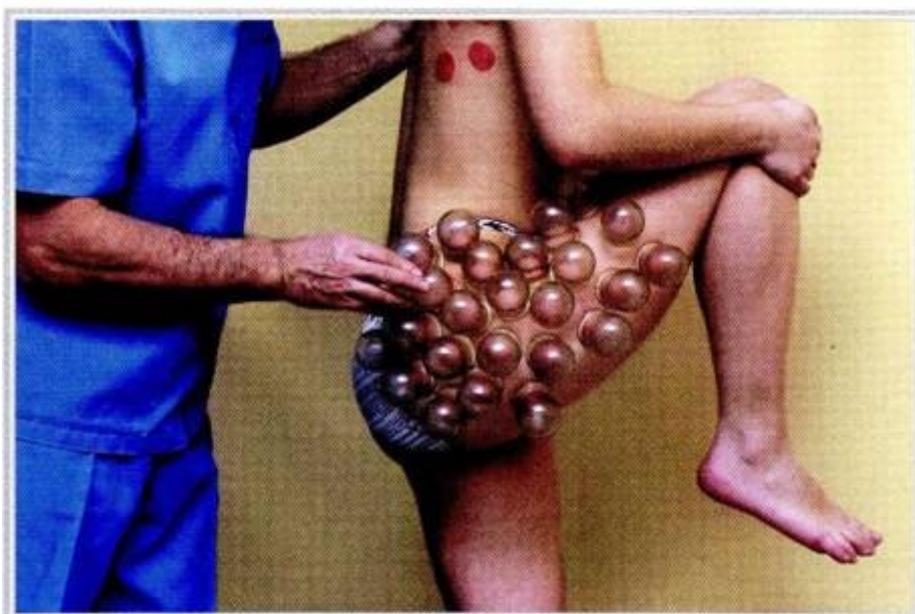


Фото 34

СХЕМА-КЛЮЧ К АЛГОРИТМУ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

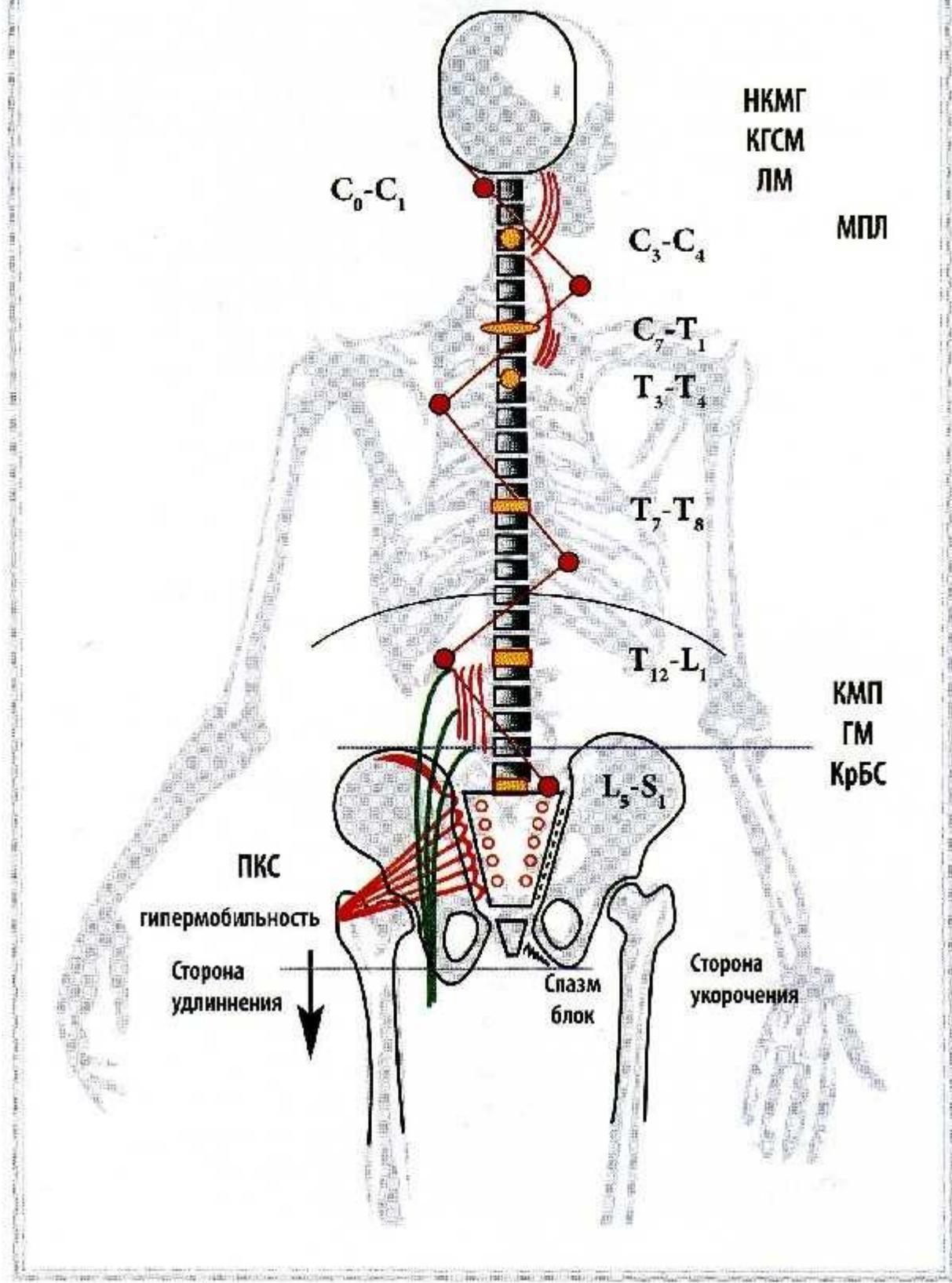
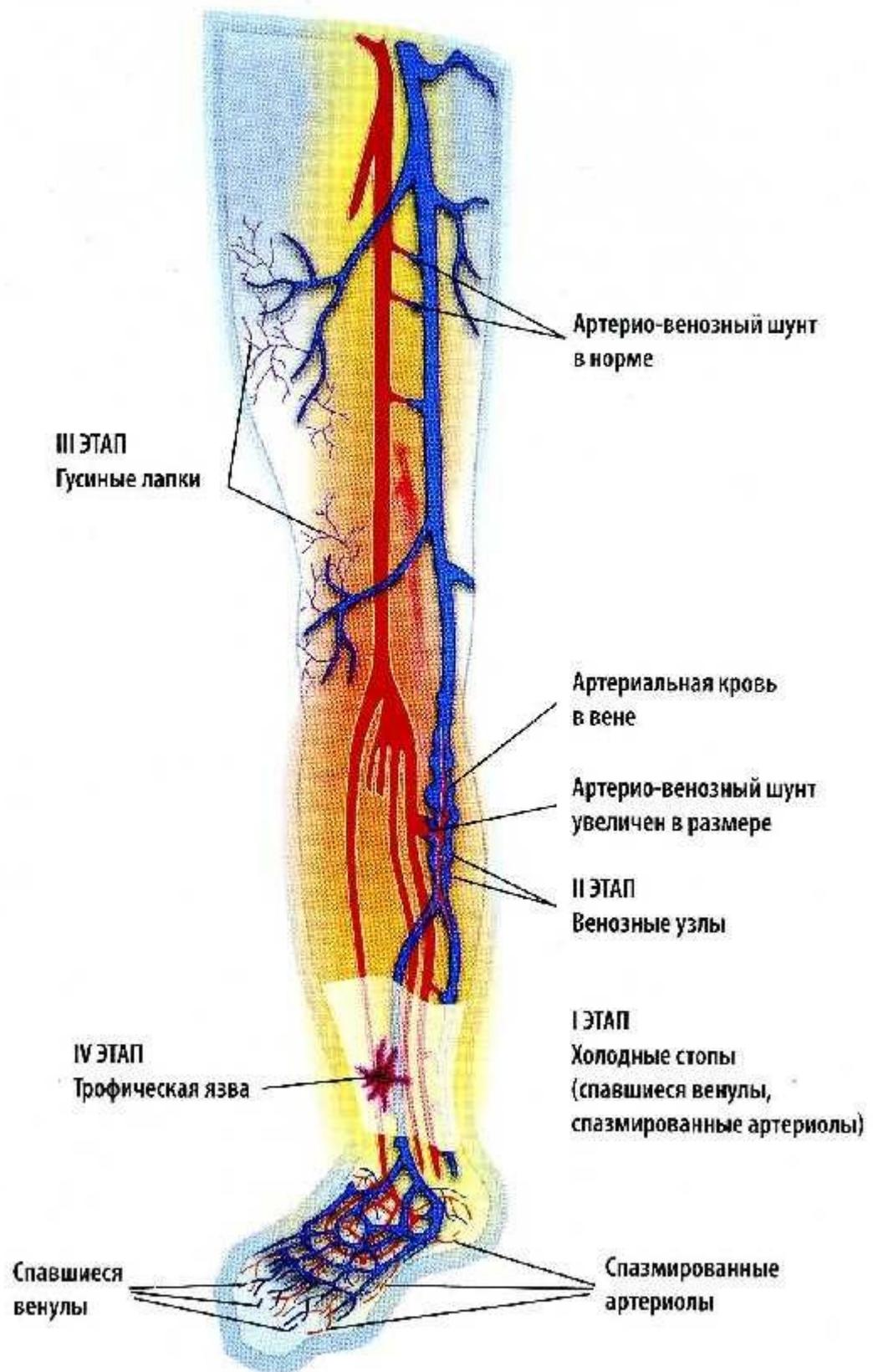


СХЕМА РАЗВИТИЯ ВАРИКОЗА



После курса лечения, проведённого под тепловизионным контролем, исчезли отмеченные патологические симптомы и синдромы. Это было подтверждено и происшедшими изменениями, зафиксированными на заключительном сеансе на представленных последующих двух термограммах (фото 4 и 5). Спустя 2,5 месяца после лечения пациентка сообщила о наличии у неё положительного теста на беременность.

Подобный результат удалось получить только благодаря тому, что лечебный процесс был управляемым с помощью тепловидения, от процедуры к процедуре, от первого сеанса до последнего. Не делалось ничего лишнего, второстепенного, медикаментозное лечение было отменено. Применялись только экологически чистые методы и факторы воздействия.

Фото № 6 и 7 принадлежат пациентке А., 67 лет. По ним можно судить, что лечебный процесс протекает в нужном направлении. Первый снимок (фото 6) предшествовал первому сеансу, следующий (фото 7) сделан перед проведением седьмого сеанса.

Фото № 8 и 9 принадлежат пациенту Г., на них видна динамика развития и распространения аутоиммунного воспалительного процесса из области пояснично-крестцового перехода (первичное звено патологического процесса) в область тазобедренных суставов (последующее звено). На фотографии видно, как справа процесс развивается быстрее, чем слева, что подтверждается соответствующими жалобами больного.

Фото 10

Благодаря техническому прогрессу сегодня есть реальная возможность организовать более эффективное лечение, реабилитацию и профилактику.

Использование специальных устройств, в данном случае универсального стола для мануального терапевта и специального стола-парты, является сегодня настоящей необходимостью.

Во-первых. Становится возможным проводить приёмы в мягком, дозированном и не травматическом режиме. Это позволяет оказывать терапевтическое воздействие там, где есть противопоказания к проведению приёмов мануальной медицины. В то время, когда составлялся сам перечень противопоказаний, ещё не существовало таких технических устройств, да и сами приёмы носили грубый, насильственный характер. С помощью универсального стола любой врач может провести манипуляции, например, при наличии аномалии Кимерли, или спондилолистеза, или других «противопоказаний», без вреда для здоровья пациента. Эффективность методических приёмов обеспечивается возможностью одновременного осуществления тракции по оси позвоночного столба с элементами бокового смещения, ротации, сгибания и разгибания. Практика использования данных технических устройств показала их эффективность и отсутствие постманипуляционных осложнений.

Во-вторых. Значительно облегчается работа самого врача. Осуществление приёмов мануальной терапии без использования технических средств зачастую приводит к чрезмерным нагрузкам на плечевой и тазовый пояс врача. Такие нагрузки могут вредно сказаться на его здоровье, и он вынужден постоянно быть озабоченным соблюдением правил гигиены поз. Это приводит и к накоплению усталости, и к отвлечению внимания. Применение данной технологии позволяет значительно снизить, а в некоторых случаях и полностью исключить физические нагрузки на опорно-двигательный аппарат врача.

Фото 11

Принципы соблюдения гигиены поз важны не только для врача, но и для пациента. В начале своей практики для работы с пациентами приходилось использовать скромные возможности обычной медицинской кушетки, пристраивая их то на стуле, подкладывая подушку или сложенное одеяло под лоб, то ещё как-нибудь, чтобы провести необходимые подготовительные мероприятия, или сам приём. Я не мог и мечтать, что появятся такие технические возможности, когда руки и тело врача будут наслаждаться свободой при совершении творческого лечебного процесса.

Теперь, глядя на это фото, понимаешь, что прежних трудностей уже не будет.

И пациенту легко и удобно сидеть, и у врача есть большая степень свободы доступа к шее, шейно-грудному переходу и к плечевому поясу. Это приспособление значительно облегчает работу не только со спиной, но и с головой, надплечьями и плечевыми суставами.

Используя такой стол-парту, легко проводить сеансы вакуумной терапии, физиотерапии, баночного кровопускания и прочих процедур.

Фото 12

Технические возможности универсального стола для мануального терапевта позволяют выполнять уникальные специфические приёмы.

На фотографии показано такое его техническое использование, которое не отражено ни в рекомендациях, ни в прилагаемом к нему видеофильме по правилам эксплуатации.

В результате поиска более рациональных лечебных приёмов появилась авторская новация, а именно — возможность осуществлять воздействие на внутренние органы, начиная с печени, желчного пузыря, селезёнки, желудка, диафрагмы и далее, вниз, до органов малого таза.

Можно осуществлять воздействия, направленные на «поднятие почек, или, как на данном фото — мочевого пузыря. Бывают случаи, когда учащённое мочеиспускание не связано с воспалительными или другими процессами в мочевом пузыре или выводном канале. Диагноз «цистит» выставляется порой ошибочно. Всё дело в том, что при опущении мочевого пузыря его шейка и сфинктер прижимаются к диафрагмальному отверстию, и достаточно незначительного наполнения пузыря мочой, как появляется гиперрефлексия сфинктера и позыв на мочеиспускание. Частое истечение мочи уже вторично приводит к перераздражению как слизистой мочеиспускательного канала, так и самого пузыря. Подобного рода больные безуспешно лечатся у урологов. Данный приём позволяет снять напряжение с мышц брюшного пресса, поднять брыжейку кишечника, а вместе с ним и мочевой пузырь. Достаточно одного—двух сеансов мануальной терапии, и патологический симптом исчезает.

Здесь приведён лишь один частный пример, но далеко не единственный. Такой подход расширяет возможности врача, владеющего приёмами мануального воздействия. Это первый шаг на пути к интегральной медицине. Врач общей практики — вот настоящая цель, к которой необходимо стремиться. Прицел должен быть не на того врача, который, подменив собой «узких специалистов, продолжит их «диспетчерские функции по выписыванию рецептов и назначений. А на врача, который на приёме будет сразу проводить диагностические, лечебные и профилактические мероприятия.

При этом важно решить две задачи. Первая — снизить рабочую нагрузку на врача (до 5 пациентов в день, основываясь на собственном опыте 1,5-часовой

работы с каждым пациентом), чтобы он мог качественно и в достаточном объёме осуществлять медицинскую помощь. Вторая — создать необходимые условия работы, вооружив врача современными знаниями, навыками и оборудованием. Решать эти задачи должны государство и страховая медицина, только тогда можно будет говорить о реальном повышении уровня здоровья нации.

Если этого не сделать, то всё останется по-прежнему, и ни о какой прогрессивной реформе в здравоохранении нечего и мечтать. То реформирование, которое предлагается сегодня, носит лишь декларативный характер. Это моё мнение, как врача практика, имеющего тридцатилетний стаж работы, и оно созвучно с мнением моих коллег, с которыми приходилось и приходится общаться.

Фото 13

Симптомы сосудистой недостаточности, в том числе климатопа- тии, связанные с изменением атмосферных процессов в природе (магнитные бури, резкие перепады атмосферного давления, ветер, дождь, снег), осложняют жизнь едва лине трети населения.

Имеется немало и других физических, химических, эмоциональных и прочих факторов, способных вывести из равновесия сосудистую систему организма человека. Периодическое их проявление создаёт патологические круги взаимодействия с вовлечением разных органов и тканей. Лечение всей этой гаммы признаков сегодня сводится в основном к применению лекарственных средств, в виде спазмолитиков, миорелаксантов, антидепрессантов и пр. Несмотря на их разнообразие и изобилие в аптеках, помощь от них не велика, и число хронических больных, страдающих сосудистой патологией, постоянно растёт.

Существуют различные способы диагностики и лечения сосудистых патологий тела, в том числе и головного мозга. На пред- ставленном фото вы видите предлагаемое мною устройство и один из моментов проведения диагностики и лечения.

В текстовой части книги дано более полное описание метода диагностики и лечения некоторых видов сосудистой патологии, основанного на ортостатическом принципе воздействия и привлечении гравитационных сил давления крови, и имеющего целый ряд преимуществ перед другими методами. Одно из таких преимуществ заключается в отсутствии необходимости применения химических препаратов.

Данный метод может быть использован, во-первых, для диагностики (в дополнении к доплерографии), и, во вторых, для лечения. Метод простой в применении и, практически, не имеет противопоказаний.

Фото 14

Исполнение алгоритма мануальной терапии, по моему мнению, должно начинаться с грудного отдела позвоночника. Почему не с шеи, или сразу — с поясничного отдела? Потому что всю спину, весь позвоночник от затылка до крестца удерживают длинные и короткие мышцы спины. Предварительно снимая с них напряжение и разгружая среднюю часть позвоночника, которая, кстати, стоит на последнем месте по частоте поражения, мы опосредованно готовим поясничный и шейный отделы к последующим манипуляциям.

На фото: после проведения подготовительной работы снимаются блоки с позвоночно-рёберных сочленений. Далее следуют другие приёмы, на других отделах позвоночника.

Фото 15

Следующим (вторым) регионом для соблюдения алгоритма приёмов мануальной терапии является поясничный отдел. Почему этот отдел, а не шейный? В результате многолетних наблюдений я заметил, что патология шейного отдела сказывается на поясничном отделе в меньшей степени, чем наоборот.

Этому есть и общепризнанные доказательства. Такие, как, например, преобладающее влияние состояния большой ягодичной мышцы на верхнешейный отдел позвоночника (район подзатылочных мышц). Существует ещё и так называемое правило «сводных братьев», объясняющее взаимозависимость пятого поясничного позвонка и первого шейного, когда ротация одного позвонка рефлекторно сказывается на другом, и он ротируется в ту же сторону. Это можно рассматривать как результат компенсаторной реакции. Если этого не происходит, то развивается сколиотическая болезнь (чаще патология детского возраста из-за отсутствия своевременной профилактики) или сколиотическая осанка.

Поэтому и целесообразнее после лечения грудного отдела проводить манипуляции на поясничном отделе позвоночника. Основная задача состоит в правильной подготовке тканей этого отдела к манипуляциям. Во многом это будет зависеть и от эффективности лечения таких мышц, как большие ягодичные мышцы.

В литературе по лечебному массажу нет описания таких приёмов, которые бы приводили к устранению патологических образований в мышцах ягодичной области. Наблюдая за работой массажистов, я так же не видел целенаправленных лечебных действий. Всё сводилось лишь к простому разминанию мышц и поглаживанию. Детально изучая клинические проявления ряда патологий, связанных с областью поясничного отдела позвоночника и таза, учитывая физиологические и анатомические особенности этих мышц, удалось найти такие приёмы, которые дают нужный лечебный эффект. Эти приёмы особенно актуальны при лечении постинъекционного травматического синдрома.

Толчком для поиска эффективных приёмов в этом направлении послужила тепловизионная диагностика. Так, в подавляющем большинстве случаев на тепловизионных картинках обследованных мной пациентов выявлялись откровенно холодные зоны в ягодичных областях с температурой в 25–27 °С (см. фото 2, 3 — вид со спины), с дополнительным появлением либо грубых фиброзных узлов (травматические постинъекционные аффекты), либо хронически протекающих воспалительных (асептических) процессов.

На фото показан один из приёмов снятия напряжения и лечения большой ягодичной мышцы. Для малой и средней ягодичной мышцы потребуются уже другие специфические приёмы.

Фото 16,17

Теперь, когда завершена основная подготовка мышц спины (в том числе и внутренних органов) и мышцы уже не будут препятствовать проведению мануального приёма, можно перейти к его исполнению.

Особое внимание при исполнении этого приёма надо обратить на место расположения опорных точек. Приоритетное значение имеет, прежде всего, расположение большого пальца опорной руки врача на боковой поверхности остистого отростка позвонка. На фото указан момент фиксации вышележащего позвонка, в результате чего в нём ограничивается подвижность.

Это необходимо для того, чтобы зафиксировать (дополнительно с ротацией туловища пациента) верхний позвонок и с помощью длинного рычага (через согнутую ногу пациента) произвести манипуляцию, направленную на репозицию нижележащего позвонка (крестца) в исходное, физиологическое состояние.

При этом необходимо соблюдать определённые условия. Процедура всегда совершается только в одну сторону, как правило, в ту, где пациент при проведении манипуляции не испытывает боли или её усиления. Для этого необходимо произвести нагрузочные тесты, в том числе и с помощью двух напольных весов, и выявить ту сторону, при развороте в которую не будет появления или усиления боли. Манипуляционный толчок должен выполняться легко и безболезненно для пациента. После выполненного приёма пациент также не должен испытывать боль или другие нежелательные ощущения. Если этими условиями пренебречь, то пациент будет обречен на постманипуляционные осложнения.

Хочу сразу предостеречь коллег от ошибок, которые нередко совершаются при подготовке отделов позвоночника к манипуляциям и проведении самих манипуляций. Необходимо помнить, что достаточно часто в местах боли имеется очаг асептического воспаления. Его называют ещё гипериммунным (местным, тканевым), или саногенетическим процессом. Он возникает в ответ на повреждение костно-хрящевых структур, связок и капсул дуго-отростчатых суставов позвоночника («целующиеся остистые отростки позвонков, менискоиды и пр.), и проявляется в виде отёка, гиперемии и гипертермии.

Для того, чтобы избежать нежелательных побочных эффектов, необходимо провести специфические мероприятия, предваряющие приёмы мануальной терапии. Если этого не делать, то местный гипериммунный процесс активизируется, отёк тканей нарастает и болевой процесс обостряется. Усиление этих процессов чревато ошибочным направлением такого рода больных на операцию по удалению грыж позвоночника, которые, при желании, можно сегодня найти почти у каждого второго здорового человека. Соблюдение правил предосторожности и последовательности исполнения процедур позволят избежать нежелательных последствий.

Диагностика местных гипериммунных (асептических) воспалительных процессов в области позвоночника и суставов осуществляется только при помощи тепловизионного метода исследования.

Фото 18

Патология позвоночника проявляется в таком своём многообразии, что порой ставит в тупик самых опытных специалистов. Это многообразие различного рода отклонений предполагает и наличие разнообразных видов воздействия.

Одним из таких видов является метод ударной техники — в прямом смысле этого слова. На снимке вы видите, как планка, уложенная на остистые отростки позвонков, лежит на двух крайних отростках, а отросток между ними «провален и не достаёт до планки. Для того, чтобы не совершать грубых и насильственных действий, предлагается использовать ударную технику.

Исполнение данного технического приёма заключается в том, что неврологическим молоточком наносятся лёгкие, отрывистые удары по планке из дерева, предварительно уложенной над этими тремя позвонками. В результате этого два крайних позвонка под воздействием ударов оседают вниз (или

получают управляющий импульс), а тот, что расположен между ними, поднимается вверх.

Западение или чрезмерное выступание остистых отростков и появление болевых ощущений при их исследовании свидетельствуют о неблагополучии, прежде всего, в дугоотростчатых суставах позвонков. Это может сказаться на клинических проявлениях патологии, как в опорно-двигательном аппарате, так и на внутренних органах через импульсы, идущие от раздражённых спинальных корешков.

Дозированное воздействие (указанным на фото способом) позволяет вывести создавшуюся адаптированную систему из равновесия и привести к репозиции позвонков. В результате улучшается местное кровообращение (в т. ч. костной ткани и надкостницы) и ликвидируются имеющиеся патологические процессы, связанные с этой зоной.

Использование данного метода наиболее эффективно для подростков, особенно в то время, когда они входят в фазу активного роста (9—13 лет). В это время очень важно поддерживать оптокинетический баланс в его физиологическом состоянии, так как этот период жизни самый ранний для позвоночника. Менее эффективен этот метод при лечении пожилых людей из-за наличия грубых дистрофических процессов в хрящевых структурах позвоночника.

Однако для лиц, имеющих признаки остеопороза костных тканей, данный метод может стать ведущим по причине отсутствия травмирующего эффекта. Естественно предположить, что лечение их таким способом потребует значительного количества процедур.

Хочу предостеречь своих коллег, которые будут пытаться таким образом решить проблему патологии позвоночника без учёта рентгенологических данных. И вот почему. Вам, наверное, знакомо встречающееся иногда несоответствие длины голеней (реже бедренных костей) слева и справа. Так и в системе позвонков бывают случаи, когда некоторые остистые отростки органически укорочены («не выросли») в силу каких-то генетических или прижизненных причин, а другие, по этим же причинам, излишне длинны. Я был свидетелем, когда мануальные терапевты различными способами пытались решить (!) эти проблемы, но получали так называемые «постманипуляционные осложнения, не понимая, что это их неадекватные и, прежде всего, поспешные и непрофессиональные действия приводят к появлению нежелательных симптомов. У пациентов после таких манипуляций наступает обострение основного процесса, и им ничего не остаётся, как идти на операцию по удалению грыжи в 2–3 мм. Операцию, которой можно было бы избежать при правильном методическом подходе в установлении диагноза и выборе метода воздействия.

Фото 19

Существуют различные виды технических манипуляций, отличающихся как по силе, прилагаемой к тканям, так и по скорости (амплитуде) исполнения. Это касается и такого отдела, как шея.

Шейный отдел позвоночника является зоной особого внимания для любого специалиста из-за возможного наличия врождённых дефектов и приобретённых органических поражений, наличие которых входит в список противопоказаний к проведению манипуляций.

Наряду с силовыми методами проведения манипуляций имеется и ряд других мягких технических приёмов, также дающих возможность оказывать не

менее эффективную помощь. Особенно это становится актуальным, когда дело касается тех случаев патологии шейного отдела позвоночника, при которых имеются ограничения или противопоказания к проведению силовых манипуляций.

Исполнение одного из таких приёмов (приём «восьми пальцев — собственный термин) отображено на фото. Подобного рода воздействием можно легко, мягко и совершенно безболезненно для пациента осуществить восстановление подвижности не только между шейными позвонками, но и между затылочной костью и атлантом.

Целенаправленными компрессионными усилиями, производимыми пальцами врача, направленными на щель между атлантом и затылочной костью, можно добиваться нормализации гемодинамики в сосудах головного мозга

Этот приём осуществляется в нескольких режимах (статическом и динамическом), и имеет ряд нюансов в исполнении.

Осуществление данного приёма может носить как лечебный, так и диагностический характер. По реакции мышц головы и шеи пациента на прилагаемое воздействие можно судить о степени патологического процесса, протекающего в тканях подзатылочной области, о прогнозе на длительность лечения и его исхода.

Единственным условием применения этого и других приёмов является предшествующая диагностика и тщательное проведение подготовительных мероприятий на тканях шеи.

Фото 20

Многие идеи, возникая и претворяясь в жизнь, затем забываются и исчезают. Подобное произошло и с физиотерапевтическим использованием такого материала, как эбонит. Сначала это были специальные круги диаметром около 10 см. Они состояли из эбонита, обогащённого серой, так как её определённое количество в составе эбонита придавало ему необходимое по силе электростатическое напряжение. Это электростатическое поле возникало при трении такого круга о кожные покровы тела. Были проведены исследования, которые показали, что с помощью таких кругов можно добиваться терапевтических результатов при ряде патологий.

Затем, в начале 80-х годов, А. Кузнецовым был предложен аппарат, который вы видите на фото. Его действие основывалось уже на сочетанном проявлении сразу нескольких физических факторов, таких, как звук определённой частоты и силы (проникающий в ткани на глубину до 70—100 мм), механическая вибрация, электростатическое поле и тепло, возникающее от трения. В Ленинграде был открыт медицинский центр по, так называемой, звуковой терапии. А сама процедура называлась «озвучивание тканей». Лечение таким методом было достаточно распространённым по всей стране, в том числе и благодаря многочисленным статьям в прессе.

В дополнении к этому аппарату А. Кузнецовым были составлены специальные таблицы зон на теле человека. Эти зоны, отображенные в таблицах по симптомам, перекликались с известными зонами Захарьина-Геда и атласами по ЧЖЕНЬ-ЦЗЮ терапии (иглоукалывание).

Естественно, что это был ещё один образец симптоматической терапии, осуществляемой без принципов причинно-следственных связей. Но, поскольку успехи такой терапии были не полными и не стабильными, озвучивание тканей стало применяться всё реже и реже, пока не исчезло совсем.

Однако этот методический подход представляет интерес, как один из видов физиотерапии и рефлексотерапии. К нему, равно как и к другим методам, следует относиться строго целенаправленно и не толковать расширительно его возможности.

Зачастую люди, покупая какой-нибудь аппарат домашней физиотерапии, думают, что все их болезни при его применении пройдут. Ведь об этом написано и в рекомендациях к приобретаемому прибору. Но они глубоко ошибаются, как ошибался в своё время и автор метода «озвучивания», наивно полагая, что с помощью только его аппарата (монотерапии) можно решить все проблемы больного организма.

Этому методу воздействия должно быть отведено своё, определённое место в лечебном процессе. Врач имеет право на его применение, но обязательно в строго конкретных случаях. Простейшая аналогия — молоток, которым можно забить гвоздь, но невозможно, скажем, завинтить шуруп или распилить доску.

Такой аппарат физиотерапевтического назначения, находясь в руках опытного специалиста, расширит его врачебные возможности, особенно, когда это касается лечения поражённых мышц, кожных и подкожных покровов, а также некоторых, лежащих у поверхности, внутренних органов. Встраивая его в цепь лечебных мероприятий, чередуя или сочетая его с другими видами воздействий, мы, тем самым, исключаем эффект монотонности (адаптации) в проведении терапии и не повторяем ошибку А.Кузнецова.

Фото 21

Аппарат Д'Арсонваль занимает свою нишу в наборе физиотерапевтических средств, необходимых для оснащения врачебного кабинета. Его роль заключается, прежде всего, в том, чтобы вызвать необходимое раздражение различного рода рецепторов, расположенных в кожных покровах, и получить ответную реакцию в виде расширения капиллярной сети, активизации местных окислительно-восстановительных реакций и улучшения, таким образом, трофических функций клеток обрабатываемых участков кожи. Выделяемый при этом озон дополнительно обеспечивает дезинфекцию кожи.

Аппарат, который вы видите на фото, называется «Ультратон» и работает на основе цифровой радиолампы. В отличие от аппарата Д'Арсонваля, производящего искровой электрический разряд, «Ультратон» действует с помощью мягкого и широкополосного (на всю площадь лампы — около 2,5 кв. см.) коронного разряда при непосредственном контакте с кожей. Эта мягкость обеспечивает более массивное воздействие на кожу, как по площади, так и по силе ионизирующих разрядов. При этом пациент не испытывает неприятных ощущений даже от максимального напряжения, подаваемого на лампу, в отличие от Д'Арсонваля, где при таких же значениях тока и напряжения кожа может прожигаться до обугливания.

Для целевого использования аппарата «Ультратон» мною предлагается метод предварительной подготовки покровных тканей тела (т. н. «сухой метод» — см. в тексте книги), с последующим воздействием этим аппаратом на расширенные капилляры. Этот метод я использовал как альтернативу инвазионному методу ультрафиолетового облучения крови аппаратом «Изольда» и др. Эффект насыщения эритроцитов крови озоном с помощью «Ультратона» не отличается от эффекта, получаемого от «Изольды». Разница состоит лишь в том, что при втором методе надо забирать кровь из вены и прогонять (в одну и

другую стороны) через плоскую пробирку аппарата, тогда как при первом достаточно лишь обрабатывать предварительно подготовленные (расширенные) капилляры с помощью «Ультратона. Поистине, всё гениальное — просто. К тому же здесь не требуется специальных стерильных условий и разрешения лицензионной комиссии, так как аппарат продаётся для домашнего использования без ограничений.

Для тех, кто занимается лечением фиброзных поражений кожи и подкожной клетчатки, именуемой в народе как «целлюлит (не правильный по своей сути диагноз — собственное мнение), применение данной технологии, в сочетании с другими приёмами, является более перспективным. Эти мероприятия позволяют без лекарств и биодобавок доокислить (за счёт озона) накопившиеся продукты метаболизма, в том числе и жировые отложения. В результате осуществляется не борьба с весом, а борьба с объёмами, что не одно и то же. Этот принцип рассмотрен более подробно в текстовой части книги.

Фото 22 и 23

Используя природные факторы, которыми располагает сама внешняя среда обитания человека, применительно к человеческому организму можно добиваться тех же результатов в лечении, как и при использовании лекарственной терапии.

Разница будет состоять в том, что лекарственные средства, применяемые в лечебных целях, имеют ограничения и побочные (нежелательные) эффекты, тогда как факторы внешней среды этих недостатков лишены.

Например, использование специальных светодиодов красного спектра излучения с длиной волны, равной длине волны атома железа, позволяет не только активировать атомы железа в эритроцитах (за счёт биорезонансного эффекта), и, тем самым повысить их транспортную функцию по перемещению газов (кислорода и углекислого газа) в тканях тела, но и снимать спазм с крупных и мелких сосудов.

На фото вы видите, как один из носителей светодиодов (аппарат «Гемма») установлен на синокаротидную зону, а второй «светит в объектив фотоаппарата для демонстрации. Данные светодиоды могут быть приложены как на области крупных магистральных сосудов, так и на отдельные части тела и внутренние органы. Все зависит от цели, которую мы определяем при выборе вида лечебного фактора. Например, воздействие аппаратом на пяточные кости даёт прекрасный результат в комплексном лечении гормональной дисфункции у женщин, приводящей их к бесплодию.

Применяя данный метод цвето- и фототерапии, этим или подобного рода аппаратами (например, «Биоптрон с различными насадками) можно улучшить биохимическое качество комплекса «железо + белок (гемоглобин), что способствует улучшению газообмена в тканях и органах тела. Сочетанием этой технологии с другими методами (в данном случае дополнительным назначением препаратов железа и продуктов питания, богатых железом) не просто решается какая-то узкая задача, а выполняются действия, согласованные с природными данными, не нарушающими эндоэкологию организма человека.

Фото 24

Некоторые методы лечения оказываются более эффективными при их сочетанном применении. Одним из таких сочетаний является использование электростатического вибрационного массажа (ЭСВМ) с механическим воздействием.

Электростатический вибрационный массаж производится при помощи специального аппарата «Хивомат, излучающего управляемые по силе, частоте и глубине воздействия прерывистые электростатические волны. В результате воздействия этих волн в тканях происходит изменение физического состояния жидкостей, проявляющееся в их большей текучести. Особенно это актуально для межклеточной жидкости, которая при особых (патологических) условиях может приобретать полугелеобразное состояние.

Если это происходит, то движение тока жидкости в межклеточном пространстве замедляется. Клетки, окруженные такой жидкостью, лишаются возможности своевременно получать кислород, питательные вещества, витамины, гормоны, микро- и макроэлементы. Они так же не могут своевременно и полностью избавиться от углекислоты, продуктов метаболизма и прочих отходов их жизнедеятельности. Кроме этого, клетки крови, которые осуществляют защитную функцию (лейкоциты, лимфоциты), не только не могут вовремя проникнуть в капилляры, но и частично инактивируются из-за низкой температуры окружающих тканей и снижения электропотенциала (Рн) крови. Использование электростатической вибрации позволяет устранять такое несоответствие, делая жидкие среды более текучими.

Под механическим воздействием подразумевается использование рук врача. Это могут быть как классические массажные приёмы, так и соединительно-тканые, сегментарные, точечные (акупрессура, Шиатсу), вибрационные (ударные) и др.

Суть метода заключается в одновременном применении этих двух процессов, когда врач своими руками сминает, растирает, растягивает ткани тела, и в это же время аппарат, формируя электростатические импульсы, «помогает перевести межклеточную жидкость этих тканей в более жидкое состояние. В результате такой совместной деятельности восстанавливается трофическая функция клеток, и ткани приходят в нормальное физиологическое состояние.

Наибольший эффект был получен при лечении патологии внутренних органов и молочных желёз в сочетании ЭСВМ с одновременным проведением приёмов висцеральной хиропрактики.

Фото 25

Ткани тела человека, несмотря на их соединительно-тканное родство, имеют различные структурные построения. Эта разнородность предполагает применение разнообразных физических факторов, вплоть до специфических.

Говоря проще, с каждой тканью надо уметь «разговаривать на её родном языке (собственная терминология).

Предположим, что нам необходимо воздействовать на кость. Костные балки располагаются косо по отношению к оси самой кости. Это наглядно видно на любом рентгеновском снимке. Мы же не можем приложить к ней, например, вибрацию или ультрафиолет. Потому что костная ткань «понимает язык скручивания. Ещё в 70-е годы врач из Подмосковья приглашал к себе молодых людей, желающих подрасти. Занятия строились таким образом, чтобы оказывать на тело и конечности максимально скручивающий эффект. Это осуществлялось при помощи висов на турнике (как вверх, так и вниз головой) с одномоментным скручиванием тела по оси, скатывания со склона пологого холма, ручной техники, так называемого «валяния ног и т. д. В результате таких действий раздражение (возбуждение) приходилось на ростовые зоны конечностей, и подростки заметно прибавляли в росте. Однако в разные

периоды года результаты были не одинаковыми. Отсутствие эффекта роста наблюдалось в один сезонный период, незначительный эффект наблюдался в другой, и лишь в определённое время года (весной) проведённые занятия давали эффект. Из-за того, что большую часть года результатов не было, постепенно об этом феномене забыли. Предлагаемые мной методы помогли бы этому врачу эффективно претворить свою идею (в принципе правильную. — Прим. авт.) в жизнь.

Теперь, предположим, что нам надо воздействовать на мышцы. В каком режиме они работают? В режиме постоянного сокращения и расслабления, то есть — в режиме вибрации. Каждая структурная мышечная единица, сокращаясь асинхронно (синхронное сокращение — это акт движения конечности или тела), присасывает к себе артериальную кровь и проталкивает венозную кровь к сердцу, обеспечивая должный венозный возврат крови.

Теперь становится понятным, почему вибрация, приложенная к сухожилиям и мышечным тканям, так благотворно влияет на них. Она активизирует сокращение миофибрилл (миллионы маленьких сердец), позволяет раскрыться резервным кровеносным капиллярам, улучшая тем самым и трофику, и функцию.

Из вышесказанного следует вывод. С мышцами надо «разговаривать на их родном языке — на языке вибрации. Это может быть как механическая вибрация с помощью специальных устройств, так и электрическая, в виде специфических импульсов, приводящих мышцы к сокращению и расслаблению.

Этот принцип применим практически к любой ткани тела в тех случаях, когда доподлинно известен природный механизм её работы, и для каждой ткани определяется свой специфический вид воздействия. Если мы проводим лечебный курс в таком методологическом плане, то поступаем правильно, сохраняя внутреннюю экологию тела человека.

На представленных фото вы видите различные вибромассажиры. Их разновидность по силе, частоте и эффекту последствия позволяет добиваться необходимых результатов. Однако не стоит забывать, что самым универсальным инструментом, в том числе и вибрационно-действующим, являются наши руки.

При оснащении лечебного кабинета различными приспособлениями, способными расширить терапевтические возможности, я не делил их на главные и второстепенные. Каждый аппарат или устройство в комплексе лечебных мероприятий имеет своё смысловое и функциональное значение.

Например, при массаже легче и эффективнее добиться результата при применении специальных массажных щёток (см. фото). При их использовании существует масса нюансов, таких, скажем, как сочетание статического точечного (на каждой такой щётке около 200 жёстких шипов) сдавливания (сминания) тканей кожи с последующим их растиранием (разравниванием) с помощью этих же щёток. В результате происходит механическое разрушение части клеток кожно-подкожного слоя из-за воздействия шипов, а также уменьшение толщины подкожного слоя, равного величине сминания, и, следовательно, уменьшение объёма тела в зонах воздействия.

Использование таких щёток в сочетании с другими физическими факторами позволяет быстрее и эффективнее добиться прогнозируемых и стабильных терапевтических результатов.

С помощью этих и других массажных приспособлений можно производить как «влажное воздействие, с предварительным нанесением на кожу лечебных масел и кремов, что позволит улучшить поступление их в обрабатываемые

ткани, так и «сухое воздействие, которое осуществляется без нанесения на кожу каких-либо препаратов. Такое условие необходимо в тех случаях, когда предполагается последующее применение других видов воздействия (приборов и пр.), чтобы получить желаемый лечебный эффект.

Особенно актуальным это становится при лечении мышц, фасций и покрывающей их кожи в контексте мануальной терапии. Если кожа «приклеена к фасции мышцы, то любое движение конечностью или туловищем приведёт к натяжению покровных тканей в этой области и, как следствие, возникнет ограничение в сокращении или расслаблении мышц. Такое состояние приводит к перенапряжению мышц, ограничению подвижности, как суставов, так и внутренних органов, с возникновением болевого симптома. Поэтому так важно иметь необходимые и эффективные средства для устранения создавшихся порочных кругов патологических процессов.

Фото 26

Некоторые вибрационные устройства позволяют оказывать благотворное лечебное воздействие на мышцы. В связи с тем, что сокращение миофибрилл способствует передвижению венозной крови снизу вверх, восстановление их активности приводит и к восстановлению нормального кровообращения в теле. Наиболее важным фактором является наличие полноценного возврата венозной крови к сердцу.

На фото вы видите один из принципов использования специального вибрационного аппарата, изобретённого на кафедре спортивной биомеханики Минского государственного института физкультуры и спорта. Аппарат имеет регулятор частот подачи вибрационных импульсов

Сам аппарат был изобретён для спортсменов с целью достижения ими большего объёма подвижности в суставах и растяжения мышц и связок. Однако в ходе практической деятельности мною был отмечен и другой его эффект. Заключался он в том, что при подборе для каждого пациента определённой частоты вибрации в мышцах ног происходили такие изменения, которые положительным образом сказывались на работе сердца и сосудов.

Приведу пример. Пациентка, обратившаяся ко мне по поводу болей в области правого локтевого сустава, дополнительно пожаловалась на перебои в работе сердца. Это выражалось в невозможности одномоментного подъёма по лестнице. Поднимаясь к себе в квартиру на пятый этаж (лифт отсутствовал), она вынуждена была останавливаться почти на каждом этаже и пережидать момент приступа тахикардии. Её сердце готово было «выскочить из груди. Она принимала лекарственные средства, прописанные кардиологом, но облегчения так и не получила. Болезнь затянулась на несколько лет. Проводя лечебные процедуры по поводу патологии локтевого сустава, я параллельно проводил лечение ног с помощью вибрационного аппарата. Спустя шесть сеансов пациентка, придя в очередной раз на процедуру, с удивлением стала мне рассказывать, что она «вчера взлетела на свой пятый этаж и нигде не остановилась. Правда, сердце её билось учащённо, но это было таким состоянием, как до её заболевания. И чувствовать себя она стала всё лучше и лучше по мере прохождения лечения.

Длительное сидение (в том числе и за компьютером), длительное стояние на ногах и прочие статические позы тела приводят к появлению подобного рода патологий. Использование специфического вибрационного воздействия на мышцы конечностей в сочетании с другими видами лечения, описанными в

настоящей книге, позволяли добиваться положительных терапевтических результатов даже в самых запущенных случаях.

Фото 27

Технический приём ударного воздействия на ткани не нов. История его применения уходит в глубь веков. На территории стран Азии этим приёмом пользуются достаточно широко, особенно когда хотят подготовить ткани тела к возможным механическим воздействиям. Взять хотя бы тайский бокс, где при подготовке спортсмена используется «обработка тканей (ноги, туловище) мешочками, наполненными рисом.

Появление различного рода технологий данного воздействия, в виде самых различных ударов, наносимых по телу, в последнее время приводит ко всё большему их распространению, подтверждая истину, что «новое — это хорошо забытое старое. В этом методе ударного воздействия есть свой логический смысл. Заключается он в том, что к некоторым тканям тела и органам, для оказания на них прямого физического действия, невозможно подобраться. Другие методы мало эффективны и не позволяют получить долговременный результат. Это относится и к массажу, который не позволяет достичь необходимой глубины (а именно — надкостницы, где крепятся мышцы) из-за того, что при прохождении в глубину мышечных структур поверхностные мышцы напрягаются, не позволяя проникнуть внутрь до надкостницы. Зато ударная волна успевает проникать на всю глубину тканей, опережая рефлекторное сокращение мышц.

На сегодняшний день существует целый ряд технических приёмов этого вида воздействия. Одним из них является шлепковая техника, при которой удар наносится при помощи ладони или сложенной в кулак кисти. Когда ладонь касается тела пациента всей плоскостью одновременно, то следует так называемый «гидравлический удар, приводящий к разбиванию тканей, вплоть до гематом, иногда значительных размеров. Энергия такого удара распространяется в основном на поверхностные ткани. Этот приём, как основной в своей практике, использует целитель Г. Максимов.

Когда воздействие наносится ладонью, сложенной в виде черпачка, то возникает «пневматический удар. Он менее болезненный, не такой травматичный, как ранее описанный, и не менее эффективный. Энергия от такого удара распространяется как на поверхностные, так и на глубоко лежащие ткани, что выгодно отличает его от других технических приёмов. В своей врачебной практике я отдаю предпочтение этому виду воздействия. Лучше всего он зарекомендовал себя при лечении полых органов, таких, как лёгкие.

Когда воздействие осуществляется кистью, сложенной в кулак, то происходит такой удар, при котором большая часть энергии от удара распределяется в глубине тканей. А. Огулов предложил свою модификацию использования данного технического приёма. Она заключается в том, чтобы наносить удары кистью, сложенной в кулак, не прямо по телу пациента, а опосредованно, через удары по своей кисти, предварительно помещённой на место предполагаемой патологии.

Однако, учитывая, что руки у врачей, использующих данные методы, разные, да и длительное нанесение ударов по собственной руке может иметь негативные последствия для неё, я предлагаю использовать для этих целей, различные по величине и весу, специально сшитые мешочки (см. фото), наполненные сыпучим материалом, например, солью. Их можно использовать,

при необходимости, и как дополнительный фактор, предварительно нагрев или охладив до нужной температуры, а также и для проведения других процедур.

При использовании данного вида воздействия есть свои показания и противопоказания, которые в обязательном порядке должны учитываться врачом.

Фото 28–34

Вакуумная терапия всегда занимала достойное место в практической медицине. Ещё три тысячелетия назад, по сведениям, дошедшим до нас из старинных китайских рукописей, вакуумная терапия была одним из способов лечения человека.

В те времена, согласно переведенным рукописям, банки изготавливались из бамбуковых стволов различного диаметра. В бамбуковый стакан поперечно вставлялся каменный стержень, и на него накручивалась высушенная трава. Затем она поджигалась, и стакан прикладывался к телу. В результате тления травы воздух выгорал, понижая давление в стакане. Вакуумное разрежение использовалось и для отсоса крови через предварительно нанесенные уколы иглой или через специальные надрезы на коже.

С появлением сначала стекла, а затем и спирта этот процесс постепенно усовершенствовался. Сегодня есть масса всевозможных приспособлений и аппаратов для воздействия на покровные ткани тела. Однако использование для этой цели банок, как из стекла, так и из пластика, наверное, останется ещё надолго одним из эффективных способов физиотерапии.

Важным компонентом при проведении процедур, связанных с использованием эффекта отрицательного давления, является правильно проведённая предварительная подготовка тканей к такому виду воздействия.

Скажу больше. Сама постановка банок различного калибра по диаметру, ёмкости и форме ещё не является окончательным вариантом применения этого метода. Для того, чтобы вызвать образование одних лишь синяков и частым повторением процедур добиться эффекта их исчезновения, особого ума не требуется. Трактовка лишь такого, узкого, по моему мнению, подхода не является окончательной целью данного лечебного метода. Для чего мы воздействуем на кожу? Отвечу. Прежде всего, для того, чтобы освободить кожные покровы тела от лежащих под ними тканей, к которым они «приклеились». Убедиться в этом очень просто. Исследуйте вашу кожу методом взятия её в складку на всех участках тела. В норме она не превышает толщины в 0,5–1,5 см, легко и свободно (безболезненно) берётся в складку в любых (подчеркиваю) направлениях, и, при этом, свободно сдвигается с места. Зная эти параметры, проверьте толщину и подвижность своей кожной складки, а затем — ваших близких, знакомых, в том числе и пациентов. Проведя подобные исследования, вы сразу поймете, на каком этапе старения находится ваша кожа и кожа других людей.

Теперь можно сказать о главном. После того, как проведена подготовка и поставлены банки на кожу, для достижения настоящего лечебного эффекта пациенту необходимо совершать движения туловищем (наклоны, повороты) и/или конечностями (сгибание, разгибание, круговые движения и пр.). В результате этого, на фоне оттянутой (банками) кожи, происходит сокращение мышц с элементами смещения, как кожных покровов по отношению к ним, так и фасций, которые их разделяют. Эта процедура осуществляется до тех пор, пока у пациента на процедуре не исчезнут ощущения боли и ограничения в движениях, что приведёт к взаимному освобождению тканей. В этом и

заключается основной смысл данного метода. Дополнительные сведения вы можете получить на практических занятиях.

Фото 35

Тело человека можно изобразить с помощью схем. Этим пользуются художники, скульпторы, конструкторы и другие специалисты.

Само строение тела предполагает схематичность. Есть центральная ось, правая и левая половины тела. Есть поперечные структуры в виде плечевого и тазового пояса. Есть парные верхние и нижние конечности. Если эта конструкция уравновешена, сбалансирована, то всё выглядит пропорциональным и гармоничным. Стоит только нарушить эту целостность, начиная с изменения центра тяжести, как это сразу отразится на равновеликости плеч, укорочении одних и удлинении других линий тела. Внутри тела это проявляется в виде напряжения одних мышц и расслабления других. Зная основные законы статики и биомеханики, не трудно спрогнозировать схему этих нарушений.

На представленном фото вы видите общую «Схему-Ключ» распространения патологического процесса в скелетно-мышечном аппарате. На этой схеме указаны самые значимые отклонения (участки), которые, переходя от одного отдела позвоночника к другому, создают целую цепь патологических звеньев, вызывая дисбаланс в опорно-двигательной системе.

Пользуясь данной схемой, легче ориентироваться в процессах возникновения и распространения причин и следствий биомеханического дисбаланса и составлять перечень необходимых мероприятий по их устранению.

В главе, посвящённой алгоритму приёмов мануальной терапии, освещены вопросы, касающиеся восстановления утраченных функций опорно-двигательного аппарата в соответствии с этой схемой.

Фото 36

На представленной схеме вы видите один из вариантов развития такого частого заболевания, как варикозное поражение вен нижних конечностей.

Любое заболевание имеет свою историю с прологом и эпилогом. Так и в случае с поражением венозной системы ног есть начальная стадия, есть стадия развития симптомов, и завершающая стадия в виде серьезных органических поражений. От профилактики и своевременного и полноценного лечения будет зависеть исход данной патологии.

В этой книге я сделал попытку осветить данную тему, основываясь на собственном практическом опыте. Тому послужило и определённое обстоятельство. На приём пришёл больной с жалобами на боли в поясничной области. При исследовании, сначала рентгенологическом, а затем и ядерно-магнито-резонансном у пациента не было обнаружено каких-либо значимых патологических изменений со стороны позвоночника. Лишь при исследовании мочи удалось обнаружить патологию почек (вялотекущий хронический пиелонефрит с микрокристаллурией). Однако обратили на себя внимание холодные и влажные стопы пациента, а также варикозно расширенные вены в районе голени и нижней трети бедер.

Раскрывая эту патологическую цепочку, состоящую из специфических патологических звеньев, я пришёл к определенному заключению, которое впоследствии неоднократно подтверждалось на практике. В результате многолетних наблюдений это заключение трансформировалось в своего рода тактику и стратегию лечения и профилактики варикозной болезни ног. В

специально написанной главе, посвящённой «Синдрому холодных стоп» я постарался подробно осветить все нюансы, связанные с этим недугом.

На представленной схеме показаны этапы развития патологии вен. На первом — спадение капиллярной сети, как артериол, так и венул на уровне стопы. На втором — патологическое увеличение диаметра артериовенозных шунтов, в норме обеспечивающих физиологический сброс определённого количества артериальной крови в систему вен. На третьем — появление венозных узлов и расширение поверхностных кожных вен («гусиные лапки»). На четвёртом — образование некроза тканей в виде трофических язв. Рассматривая данную схему, можно достаточно ясно представить себе как виды предстоящих лечебных мероприятий, так и меры по профилактике такого рода патологии, что, по моему мнению, должно быть определяющим в нашей врачебной деятельности.

Возвращаясь к приведённому случаю, добавлю: патология данного пациента возникла ещё в юношеском возрасте, и основными проявлениями её были холодные стопы. Однажды он «умудрился» (выражение больного) обморозить пальцы ног осенью, при плюсовой температуре на улице! Дальнейшее развитие патологии привело его сначала к моим коллегам (мануальным терапевтам) из-за болей в поясничном отделе позвоночника, а затем, ввиду безуспешной терапии, и ко мне. Только благодаря правильно выбранной тактике лечения с применением принципов висцеральной хиропрактики, с восстановлением функциональной деятельности диафрагм (особенно тазовой), с устранением синдрома холодных стоп и ликвидацией, тем самым, причин избыточного сброса артериальной крови в систему вен, удалось вначале приостановить процесс развития варикозной болезни, а затем дать ему обратное развитие. Эффективной на этом фоне оказалась операция по устранению «развившихся шунтов».

Боли в спине исчезли и больше не появлялись. Патология почек была устранена полностью.

ЛИТЕРАТУРА

Акимова Г.А., Одинак М.М. Дифференциальная диагностика нервных болезней. СПб., 2001.

Алексеев А.А. Системная медицина. М., 2000.

Алексеев А.А., Ларионова И.С., Дудина Н.А. Врачи — заложники смерти. М., 2000.

Алексеев А.А., Титов О.В. Соединительнотканная биология и медицина XXI века на основе Всеобщего Закона Триединства. М., 1997. Балюзек Ф. и соавт. Хирургия грудного лимфатического протока. Л., 1987.

Бердичевский М.Я. Венозная дисциркуляторная патология головного мозга. М., 1989.

Биррах А. Здоровье своими руками. М., 1995.

Богомолец А.А. Руководство по патологической физиологии. М., 1935–1936.

Браст Г. Искусство традиционного тайского массажа. М., 1999. Бутейко К. Учитесь... дышать. // Медицинская газета. — 1987. — 13 мая. Васильева Л.Ф. Визуальная диагностика статики и динамики опорно-двигательного аппарата человека. Иваново, 1986. Васильева Л.Ф. Мануальная диагностика и терапия.

СПб., 1999. Веселовский В.П. Практическая вертеброневрология и мануальная терапия. Рига, 1981.

Веселовский В.П. Люмбоишеалгические синдромы поясничного остеохондроза. Л., 1986.

Веселовский В.П., Самитов О.Ш. Вертеброгенная парастетическая меральгия. Казань, 1988.

Гервазиев В.Б., Лубянский В.Г. Чревный нейроишемический болевой синдром. Иркутск, 1998.

Герман Д.Г., Скоромец А.А. Компрессионные радикулотомические ишемии. Кишинёв, 1985.

Готовский Ю.В., Перов Ю.Ф. Особенности биологического действия физических факторов малых и сверхмалых интенсивностей и доз. М., 2000.

Губа Т.П. Справочник по неврологической семиотике. Киев, 1977. Далидович К.К. Предраковые состояния органов пищеварения. Минск, 1996.

Дуус П. Топический диагноз в неврологии. М., 1999.

Жолондз М. Тупик эндокринологии. Щитовидная железа. СПб., 1997. Жулёв Н.М., Лобзин В.С., Бадзгардзе Ю.Д. Мануальная и рефлекторная терапия в вертеброневрологии. СПб., 1992. Зуев Е.И. Древо целительства. М.: БЭСТ, 1995.

Кадырова Л. Мышечная спираль. Схема формирования // Мануальная Медицина. — 1991.

Карвасарский Б.Д., Простомолотов В.Ф. Невротические расстройства внутренних органов. Кишинёв, 1988.

Катин А.Я., Катина М.А. Акупунктурная сегментно-зональная вегетотерапия. М., 2001.

Катин А.Я., Лобко П.И. Пунктурная вегетология. Витебск, 1997.

Левит К. Мануальная медицина. М., 1993.

Мантек Chia. Ци-нейцзан. Киев; М.; СПб., 2003.

Мартынов и соавт. Нервная система при заболеваниях органов малого таза женщин. М., 1989.

Мачарет Е.Л. Биоэлектростимуляция в рефлексотерапии. М., 1989. Мачарет Е.Л., Самосюк И.З. Руководство по рефлексотерапии. Киев, 1982.

Машковский М.Д. Лекарственные средства. М., 1997. Мельников В.П., Никифоров Б.М., Воронов В.Г. Тепловедение в диагностике заболеваний спинного мозга, конского хвоста и позвоночника. СПб., 1991.

Минченков А.В., Елпифидоров Н.Б. Методы структурной психосоматики. СПб., 2002.

Михайличенко П. Вакуум-терапия. СПб., 2000.

Огулов А.Т. Висцеральная хиропрактика в старорусской медицине. М., 1994.

Огулов А., Адашевская Л., Чекминёв К. Ранняя диагностика функциональных почечных нарушений. М., 2003. ПакДже Ву. Руководство по СУ—ДЖОК терапии. СПб., 1993. Покалёв Г.М. Нейроциркуляторная дистония. Новгород, 1994. Портнов Ф.Г. Иглорефлексотерапия. Горький, 1974. Портнов Ф.Г. Электростимуляционная рефлексотерапия. Рига, 1987. Розломий Л.К. Лечение и профилактика общесосудистой и сосудистомозговой недостаточности ортостатическим методом // Мануальная Медицина. (Новокузнецк). — 1997–1998. — № 12–13. Розломий Л.К., Скоромец А.А., Скоромец Т.А. Мануальная кожно- фасциальная техника лечения плечелопаточного периартроза //

Мануальная Медицина. (Новокузнецк). — 1994. — № 7. Сандригайло Л.И. Анатомо-клинический атлас по патоневрологии. Минск, 1988.

Свищева Т.Я. Перспективная диагностика. М.; СПб., 2006.

Свищева Т.Я. Тайна рака разгадана. М., 1997. Селье Г. Очерки об адаптационном синдроме. М., 1960. Скоромец А.А., Клименко А.В. Традиционные методы лечения больных остеохондрозом позвоночника. Кемерово, 1993. Скоромец А.А., Скоромец Т.А. Топическая диагностика заболеваний нервной системы. СПб., 1986.

Скоромец А.А., Тиссен Т.П. Сосудистые заболевания спинного мозга. СПб., 1998.

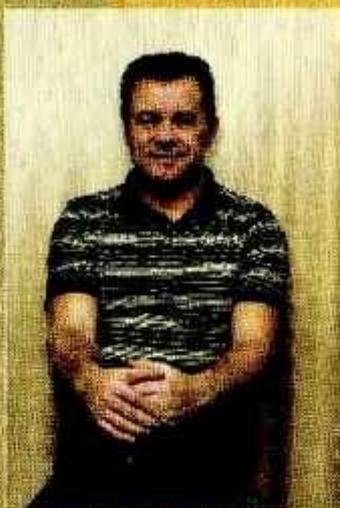
Сорокоумов В.А. Как диагностировать и лечить хроническую недостаточность мозгового кровообращения. СПб., 2000. Табеева Д.М. Руководство по иглорефлексотерапии. М., 1982. Ткаченко Б.И. Основы биологии человека. В 2-х томах. СПб., 1994. Тревелл Дж., Симоне Д.Г. Миофасциальные боли. М., 1989. Трошин В.Д. Сосудистые заболевания нервной системы. Новгород, 1992.

Тыкочинская Э.Д. Иглокальвание в лечебной практике. Л., 1961. Фомин М. Интегральная медицина. М., 1977.

Шейфер Дж., Смит К. Прикладная кинезиология. Новокузнецк, 1991.

Barral J.P. Visceral Manipulation. Paris, 1989. Clark H. The cure for all cancers with 100 case Histories. USA. Gehin A. Atlas of Manipulative Techniques for the Cranium and Face. Seattle, 1992.

Greenman Ph.E. Muscle Energy Technique. Michigan, 1993. Greenman Ph.E. Principles of Manual Medicine. Baltimore, 1989. Namikoshi Torn. The Complete Book of Shiatsu Therapy. Tokyo, 1981. Randolph Stone. Polarity Therapy. California, 1986. Schneider W., Dvorak J., Dvorak P., Tritschler T. Manuelle Medizin. New York, 1986.



Леонид Кононович Розломий родился в 1944 году. Закончив в 1973 г. Ленинградский санитарно-гигиенический медицинский институт им. И.И. Мечникова, уже в первые годы своей работы обратился к народной медицине, с её многовековым опытом использования немедикаментозных методов лечения. Со временем, взяв за образец деятельность земского врача XIX столетия — врача общей практики, развивая свой творческий и технический потенциал, получил специализации по неврологии, иглорефлексотерапии, физиотерапии, мануальной терапии, кинезиологии, остеопатии и хиропрактике. Стремление к врачебной универсализации привело к параллельному изучению и использованию в практической работе принципов фитотерапии, гирудотерапии, гомеопатии.

Л.К. Розломий активный участник многих отечественных и международных научно-практических конференций, автор ряда статей по мануологии. Член Российской и Всемирной ассоциаций мануальной медицины. Вице-президент Российской Ассоциации висцеральной хиропрактики.

Л.К. Розломий активный участник многих отечественных и международных научно-практических конференций, автор ряда статей по мануологии. Член Российской и Всемирной ассоциаций мануальной медицины. Вице-президент Российской Ассоциации висцеральной хиропрактики.



За практическую работу и распространение эффективных немедикаментозных технологий, направленных на укрепление здоровья населения России, Л.К. Розломий в 2006 г. награжден европейской Академией естественных наук медалью Пауля Эрлиха.

За практическую работу и распространение эффективных немедикаментозных технологий, направленных на укрепление здоровья населения России, Л.К. Розломий в 2006 г. награжден Европейской Академией естественных наук медалью Пауля Эрлиха.