

А. Г. Иванов

АДЕКВАТНАЯ МАНУАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

**книга для умеющих думать
врачей и пациентов**



**Санкт-Петербург
СпецЛит**

Андрей Генрихович Иванов
Адекватная мануальная
медицина. Книга для умеющих
думать врачей и пациентов

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=11645025

*Адекватная мануальная медицина: книга для умеющих думать врачей и
пациентов: 2011*

ISBN 978-2-299-00489-2

Аннотация

В книге рассказано о мануальной терапии, ее философии, мифах и заблуждениях, проблемах диагностики.

Материал изложен интересно и занимательно, доступным языком, понятным любому читателю, даже не связанному профессионально с медициной.

Книга предназначена для умеющих думать врачей и пациентов.

Содержание

УСЛОВНЫЕ СОКРАЩЕНИЯ	4
ЧАСТЬ I	6
Глава 1	6
Глава 2	11
Глава 3	23
Глава 4	32
Глава 5	35
Конец ознакомительного фрагмента.	37

Андрей Иванов

Адекватная мануальная медицина. Книга для умеющих думать врачей и пациентов

УСЛОВНЫЕ СОКРАЩЕНИЯ

АБ – анатомический барьер

ВСД – вегетососудистая дистония

ГБ – головная боль

ГД – грыжа диска

ГС – гидроцефальный синдром

ДДП – дегенеративно-дистрофический процесс

ДСТ – дисплазия соединительной ткани

ИС – идиопатический сколиоз

КСТ – краниосакральная терапия

КТ – компьютерная томография

ЛФК – лечебная физкультура

МД – межпозвонковый диск

ММТ – мануальное мышечное тестирование

МТ – мануальная терапия

МРТ – магниторезонансная томография

ОДА – опорно-двигательный аппарат

ОП – остеохондроз позвоночника

ПДС – позвоночно-двигательный сегмент

ПИР – постизометрическая релаксация

ПК – прикладная кинезиология

РТ – родовая травма

ТМО – твердая мозговая оболочка

ФБ – функциональный блок

ФДПС – фиксационно-двигательный позвоночный сег-

мент

ФП – функциональная патология

ФС – функциональный сколиоз

ЦГБ – цервикогенная головная боль

ЦНС – центральная нервная система

ШОП – шейный отдел позвоночника

ЭБ – эластичный барьер

ЧАСТЬ I

МОЯ РАБОТА

Глава 1

ЗАЧЕМ Я ЭТО ДЕЛАЮ?

Я врач. Моя специальность – «Лечебное дело». Так записано в моем дипломе. Аналогичная запись есть в дипломе любого выпускника высшего медицинского учебного заведения, который проходил обучение на Лечебном факультете.

Думаю, некоторых читателей эта информация удивила. Ведь никому из них, хоть раз посетивших любое медицинское учреждение, не довелось видеть на дверях кабинета вывеску у: «Прием ведет ХХХ – специалист по Лечебному делу».

Парадокс? Нет. В вузе будущий врач получает только базовые знания в области медицины. И они для всех одинаковые. Поэтому и в дипломе у всех записано одно и то же.

Профильную специализацию врач получает позже. Кто-то становится хирургом и всю последующую жизнь периодически кого-то режет и зашивает. Кто-то ограничивается в своей работе назначением таблеток и уколов, называя себя терапевтом.

Как оперирующие врачи, так и не любящие скальпель доктора стремятся получить еще более узкую специализацию, коих в медицине великое множество.

Вот и у меня есть своя специализация. Я врач, но не пользуюсь в своей работе ни предметами для проведения операций, ни средствами для наркоза, ни шприцами, ни таблетками. Для моей работы мне нужны только мои руки (ну и голова, конечно!). Я – мануальный терапевт.

И вроде бы нет в этом ничего особенного. Мало ли в мире мануальных терапевтов! Сам факт наличия у человека определенной профессии не может являться поводом к литературному творчеству. И это правильно. Иначе издательства были бы завалены рукописями многочисленных «профессионалов», желающих поведать миру о своей работе и себе любимом.

Но все же мне хочется написать про мануальную терапию, каковой она является и какой, на мой взгляд, она должна быть. С чего, вдруг, спросите вы? Да просто мне надоело объяснять и объясняться по поводу своей профессии. Ведь мануальная терапия (МТ) чем-то сродни футболу: буквально все про нее хоть что-то да знают. Говоря «все», я не имею в виду врачей. У них-то как раз по поводу МТ в головах сплошной вакуум, ну или, в лучшем случае, туман. «Все» – это значит любой человек, могущий членораздельно произнести само словосочетание «мануальная терапия».

Кого ни спроси, он либо сам, либо его родственник или

знакомый лечились у мануального терапевта. Если уж не лечился, то что-то про МТ читал, смотрел или слышал. И он ТОЧНО знает, что мануальный терапевт должен делать.

Чему сам врач может радоваться и огорчаться одновременно... Радоваться тому, что человеку хотя бы известно, что такая профессия существует. А огорчаться потому, что даже ему, специалисту с высшим медицинским образованием, имеющему многолетний опыт работы по данной специальности, до очного непосредственного осмотра данного конкретного пациента ничего не известно ни о его диагнозе, ни о возможном способе лечения. А кто-то, вот дела, обходится без этого...

И вот так, огорчаясь и радуясь практически при всяком разговоре по поводу МТ, кем бы ни был мой собеседник – пациент, случайный знакомый, коллега или журналист, я закономерно пришел к мысли о написании данной работы. Ведь излагать одну и ту же информацию приходится многократно, поскольку ни в одном из моих реальных или виртуальных (Интернет, ну куда без него!) собеседников я не обнаружил полного единомыслия во взглядах на МТ. Ну, и сколько раз можно повторять одно и то же, не утомившись естественным образом?

Да, пусть каждый раз новому человеку, для которого определенная информация является свежей. Но ведь выдает-то эту информацию один и тот же человек! И в данном случае повторение – не мать учения. А факт мучения (про-

стите за рифму)! Я все-таки не экскурсовод, который по много раз повторяет своим экскурсантам одну и ту же информацию о дворцах и парках. Люди, с которыми я общаюсь, не на минутку заглянули, просто чтобы поболтать со мной. За пять минут всего не расскажешь, да и вопросы, уже после выхода из кабинета, могут новые возникнуть. Так что информация в печатном виде будет вполне доступна и удобна. К тому же у такой формы есть и один существенный плюс – к ней можно обращаться несколько раз, если в том возникнет потребность.

Ну и чем же сие произведение может меня увлечь, подумает продвинутый читатель? Ведь удовлетворить информационный голод в наше время совсем не трудно. Действительно, Интернет по необходимому запросу выдает бесконечное количество ссылок. И в книжных магазинах тематической литературы не мало. Читай – не хочу!

Но прошу вас, наберитесь терпения и уделите мне немного своего драгоценного времени. Вам не будет скучно. Я не стану напрягать трудными для понимания медицинскими терминами. Вы не встретитесь здесь с подробным описанием анатомии, физиологии или биомеханики позвоночника. Вам не придется в очередной раз перечитывать бесполезные рекомендации по борьбе с остеохондрозом.

Я хочу рассказать о Мануальной Терапии. Уверяю, вы о ней ничего не знаете. И сможете убедиться в этом, если дочитаете книгу до конца. Рассказывать я буду простым язы-

ком, чтобы было понятно всякому человеку, даже не связанному профессионально с медициной. Однако надеюсь, что и какой-нибудь врач сочтет эту работу интересной для себя (а если он что-то из прочитанного возьмет на вооружение, то и пациентам его кое-что перепадет...).

И начать я хочу с того главного, о чем должен постоянно помнить и чем должен руководствоваться любой врач, практикующий мануальную терапию, – с ее философии.

Глава 2

ФИЛОСОФИЯ

МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

В одном из источников, раскрывающем суть философии, говорится, что «Традиционно философия определяется как исследование первопричин и начал всего сущего». Не будем замахиваться на «начала всего», но вот на началах мануальной терапии остановиться стоит непременно.

Все знают, что мануальный терапевт лечит руками. Что-то он такое делает с позвоночником, после чего спина иногда перестает болеть. А ЧТО он делает? Какие такие изменения приносит в организм, от которых этому самому организму становится легче? В чем различия состояния позвоночника до и после манипуляций с ним мануального терапевта?

Затрудняетесь ответить? Еще бы! Откуда простому смертному знать ответы на такие вопросы, если даже среди мануальных терапевтов нет единодушия по этому поводу. Объяснения ими своего метода самые противоречивые и разнообразные. От «мануальная терапия способна вылечить любую болезнь, поскольку все болезни развиваются только тогда, когда страдает позвоночник, а именно на него и оказывает лечебное воздействие мануальный терапевт». До «мануальная терапия, самостоятельно вылечить ничего не может и

является методом вспомогательным при болевых синдромах остеохондроза позвоночника».

Однако как первые («исцелители ото всего»), так и вторые («вспомогательные доктора») что-то такое с телом вытворяют. Цели и задачи у них разные, но вот «рукоприкладство», то есть ручные приемы воздействия на позвоночник, во время лечебных сеансов и у тех, и у других присутствует обязательно.

Ну и что из того? Практически все врачи, какой бы специальностью они не владели, работают руками. Кто-то это делает непосредственно своими собственными – хирурги, травматологи, гинекологи, отоларингологи, стоматологи и т. д. Другие опосредованно – путем назначения манипуляций, которые заботливо и нежно выполняют медсестры: инъекции, капельницы, перевязки и многое другое.

И всякий раз эта работа визуализирована или, проще говоря, видна невооруженным взглядом всякому, кто имеет возможность и желание ее увидеть. Происходит некое внедрение в организм, результатом которого являются те или иные объективные изменения в нем. Что-то отрезается или пришивается, что-то вливается или откачивается, что-то накладывается или снимается. В общем, что-то прибавляется или отнимается.

И всегда это что-то можно посчитать и измерить.

Но не после работы мануального терапевта: врач что-то сделал, после чего его пациенту стало легче, однако это ЧТО-

ТО никто посчитать и измерить не может!

Данному парадоксу, то есть сложности объективизации результатов работы мануального терапевта, будет посвящена отдельная глава, и весьма обширная (так как в этом есть настоящая необходимость). Но сейчас еще не время акцентировать на этом внимания. Пойдем дальше.

Так что же делает мануальный терапевт? Лечит, раз уж он врач, ведь все врачи, по определению, лечат.

Чем он лечит? Своими руками.

Что он делает руками? С какой стороны не посмотри, он делает какие-то движения.

Движения? Движения. Движения!!!

Врач, двигая своими руками, производит некие движения в теле пациента.

Что можно лечить движением? Патологию движения...

Вот она – печка, от которой надо плясать. Мануальный терапевт лечит патологию движения. Точнее нарушения движения опорно-двигательного аппарата (ОДА), поскольку одно без другого, имеются в виду опора и движение, не существует.

Необходимое отступление-дополнение.

Если не вдаваться в детали, то, по большому счету, существует четыре вида причин возникновения болезни.

Первая – механическая. Это разного рода травмы, то есть повреждения, возникающие при механическом воздействии на организм.

Вторая – лучевая нагрузка. Патологическое воздействие на организм радиации или мощного электромагнитного поля не дискутируется уже давно.

Третья – так называемая биохимия. Имеются в виду различные интоксикации, воспаления, онкология и др.

Четвертая – стресс. Давно известно, что в результате сильного эмоционального переживания могут возникнуть самые разноо бразные болезни.

Врач ОБЯЗАН знать причину болезни. Потому как эта самая причина определяет метод лечения.

Механическое повреждение предполагает механическое воздействие на тело: невозможно вывих сустава, резаную рану, сломанный зуб и т. д. вылечить таблетками или гипнозом. Сустав необходимо вправить, рану зашить, зуб восстановить. И делает это врач своими руками.

Если не избавить человека от источника излучения, то какое бы лечение не применялось, результаты его будут равны нулю.

Патологический биохимический процесс, возникший в результате интоксикации, невозможно приостановить, если не будет выявлен этот самый токсин и пути его проникновения в организм.

Проявления стресса бесполезно подавлять с помощью синтезированных химических препаратов, если стрессовая ситуация присутствует в жизни человека и постоянно провоцирует его на определенные реакции.

В общем, причина определяет метод лечения. Вернемся к мануальной терапии.

Выглядит несколько странно, что мы пытаемся выйти на причину болезненного состояния, анализируя лечебное воздействие, которое дает положительный результат. Нормальным, на первый взгляд, было бы противоположное направление поиска. То есть выясняется причина болезни и только потом выстраивается стратегия и тактика лечения. Но сделано это намеренно, чтобы сузить «фронт работ». Вот мы уже и определились, что не всякие проблемы в позвоночнике можно решить с помощью мануальной терапии. А только те из них, что связаны с нарушением движения.

И это называется, «сузить»? Раз речь идет о позвоночнике, главной части опорно-двигательного аппарата, то любой патологический процесс в нем может и должен вызвать нарушение его подвижности. Логично? Логично.

Значит, следует пойти дальше и выяснить, какие виды нарушения движения вообще существуют и какие из них возможно корректировать методами МТ.

Вся патология ОДА делится на две большие группы – с нарушением структуры составляющих его частей и без таковых. Структурные изменения могут иметь разные причины, но общим для них является то, что меняется сама форма отдельных частей ОДА. Типичными проявлениями такого вида патологии могут быть перелом позвонка при падении или деформирующий спондилоартроз (т. е. отложение солей). И

в том, и в другом случаях нарушена структура позвонка, что внешне проявляется в изменении его формы. Такую патологию легко обнаружить при инструментальных методах исследования, таких как МРТ, КТ, рентгенография.

Нарушение подвижности позвоночника, которое не сопровождается изменениями в структуре составляющих его компонентов, относится к функциональной патологии. Представьте себе, что машина, которая всегда работала исправно, вдруг забарахлила. Механик залез в мотор, что-то подтянул, что-то ослабил, никакие детали не заменял. И двигатель опять заработал ровно и надежно. То есть структура мотора не была повреждена, произошло нарушение только его функции. То же самое возможно и в позвоночнике. И позвонки целые, и межпозвонковые диски без деформаций, и связки упругие, и мышцы сильные – а не тянет...

Не надо быть семи пядей во лбу, чтобы догадаться: структурная патология позвоночника не относится к компетенции мануального терапевта. Ну невозможно внешними манипуляциями голыми руками изменить форму позвонка! (Правда, если структурные изменения не очень выражены и явились следствием патологии функциональной, участие мануального терапевта в лечебном процессе просто необходимо. Но об этом чуть позже.)

Итак, предметом работы мануального терапевта остается функциональная патология (ФП) позвоночника, проявляющаяся в обратимом нарушении движения.

Какие формы нарушения движения возможны в принципе? Их всего две. Движение может быть ограниченным или избыточным. Третий возможный вариант – это нормальный объем движения, когда все движется ровно на столько, на сколько это предусмотрено природой.

Кто хоть раз сталкивался с необходимостью обследования и лечения позвоночника, наверняка слышал о «нестабильности позвонков». Другие варианты названий «гипермобильность», «повышенная подвижность», «патологическая подвижность». Эта и есть тот самый вариант избыточности, который предполагает, что один позвонок смещается относительно другого в большей степени, чем необходимо для нормального объема движения. Откуда берется эта избыточность и надо ли ее лечить?

Человек есть часть живой природы. Кто-нибудь может привести примеры такой первичной избыточности движения в природе, которая усложняла бы жизнь живому существу? Возможно, я плохой биолог, но мне не удалось припомнить ни одного такого случая. На ум пришла мысль, что если животное сломает ногу, то в кости возникнет излишний объем движения. Но и в этом случае животное будет страдать не из-за него, а из-за того, что локальная гиперподвижность в отдельно взятой кости ограничит его общую подвижность. То есть в результате губительным окажется ограничение подвижности, а не его избыточность.

Однако не будем рассматривать крайности в виде перело-

ма. Мы уже выяснили, что структурной патологией мануальный терапевт не должен (и не может, в силу специфики ручных приемов лечения) заниматься. Тогда остается вариант с функциональной гипермобильностью, которая в природе нигде не встречается как первичная самостоятельная патология.

С чего вдруг может потребоваться организму увеличенный объем движения в какой-то отдельной своей части? Если до поры до времени нормальное движение обеспечивало телу полноценное его функционирование, то какие причины могут вызвать потребность в повышенной мобильности?

Представьте себе ручей. Бежит вода по извилистому руслу. Так же как день, месяц и год назад. Если нет перепадов высот и, соответственно, водопадов, то скорость течения воды всегда одинакова. И вдруг в ручей попадает большой камень и частично перекрывает русло. Что произойдет дальше? Ответ знает любой ребенок, который строил «плотины» в ручьях. Скорость течения на месте затора значительно увеличится. То есть ограничение движения водного потока привело к компенсаторному увеличению его скорости, другими словами – к повышенной мобильности воды.

По той же схеме нестабильность формируется и в позвоночнике. Как только на одном из его участков возникает ограничение естественной подвижности, тут же рядом появляется участок гипермобильности как защитная компенсаторная реакция организма. Ведь опорно-двигательный ап-

парат должен обеспечивать телу полноценную подвижность. Вот он и старается это сделать всеми доступными ему средствами. Раз уж появилось ограничение объема движения на каком-то участке позвоночника, с которым организм сам справиться не может, путем увеличения подвижности на соседних участках необходимый объем движения сохраняется.

В общем, получается, что гипермобильность является ситуацией вторичной, то есть следствием другого патологического процесса. Соответственно, самостоятельного клинического значения не имеет, отдельного специфического лечения не требует, так как должна закономерным образом исчезать после того, как будет устранена проблема, вызвавшая ее появление.

Таким образом, избыточность движения в позвоночнике – это не то, на что должен тратить свои усилия мануальный терапевт. Попытки устранить следствие, а не причину, всегда обречены на провал. Это означает, что из двух возможных вариантов нарушения движения в позвоночнике методами мануальной терапии можно корректировать только ограничение.

Чувствуете, уже горячо! Мы так близко к печке, от которой надо плясать, что можно протянуть руку и обжечься. Но погодим немножко, поскольку сейчас как раз пришло время обсудить один важный вопрос.

Мы исследуем патологию движения. А что такое движение применительно к опорно-двигательному аппарату? По

каким признакам мы можем судить, что в позвоночнике произошло движение?

Чтобы ответить на этот вопрос, надо вспомнить, из каких частей состоит этот самый позвоночник. Не будем вдаваться в анатомические подробности и останавливаться на частностях. С функциональной точки зрения в позвоночнике можно выделить три составные части.

Первая из них обеспечивает функцию опоры и представлена позвонками.

Вторая, дающая возможность совершать движения, состоит из мышц.

Третья формируется из соединительной ткани, представлена связками, межпозвонковыми дисками, хрящами, фасциями, которые соединяют между собой первую и вторую, обеспечивая тем самым целостность конструкции.

Позвонки сами по себе двигаться не могут. То же относится и к структурам соединительной ткани. Но и мышца никуда самостоятельно не перемещается. То есть в процессе движения обязательно принимают совместное участие все составные части опорно-двигательного аппарата.

Понятно, что мотором, источником движения являются мышцы. Только мышца, за счет способности к напряжению и расслаблению, способна изменить свою форму и либо сблизить, либо отдалить друг от друга то, к чему она крепится разными своими концами. Но всякое ли «внутримышечное» движение способно произвести движение в опорно-двигательном аппарате?

тельном аппарате?

Проведем небольшой опыт. Сядьте за стол таким образом, чтобы локти упирались на крышку стола, а кисти рук ладонями были обращены вверх. Затем одну из рук, по своему выбору, положите на другую в области двуглавой мышцы, или бицепса. Все мышцы рук постарайтесь максимально ослабить.

Теперь медленно и плавно напрягайте этот самый бицепс. Ладонью другой руки вы сможете четко отслеживать это напряжение. Какое-то время, по мере напряжения мышцы, движения нигде, кроме как в ней самой, происходить не будет. Можно ли такую работу мышцы считать движением опорно-двигательного аппарата? Очевидно, что нет. Даже если все мышцы тела, хоть одновременно, хоть последовательно, создадут такого рода напряжение, которое не изменит расстояние между концами мышцы, тело не сдвинется с места ни на миллиметр.

Однако наш опыт еще не завершен. Продолжайте напрягать бицепс и в один прекрасный момент вы заметите (именно заметите, увидите глазами, а не просто почувствуете), как предплечье отрывается от стола. В локтевом суставе произойдет движение, то есть кости предплечья изменят свое положение относительно плечевой кости. Можно ли это считать движением опорно-двигательного аппарата? Безусловно: именно сам факт смещения одной кости относительно другой и нужно им считать.

Все остальное можно расценить только как напряжение. Истинное же движение происходит только тогда, когда одна опорная часть (в позвоночнике это, соответственно, позвонок) опорно-двигательного аппарата смещается относительно другой.

Для чего нам все это потребовалось уяснить? Мы дошли в своих рассуждениях до того, что мануальный терапевт оказывает лечебное воздействие при проблемах, которые можно охарактеризовать как функциональное ограничение движения в позвоночнике. Теперь нам стало понятно, что таковое ограничение подразумевает недостаточное по объему движение одного позвонка относительно другого, которое имеет функциональный, то есть обратимый, характер. Вот теперь мы стоим возле самой печки, и даже руку протягивать не надо, чтобы почувствовать ее жар. От нее и начнем свой танец.

Глава 3

ТАИНСТВЕННЫЙ ФБ

Тому, кто ни разу в жизни не видел, как выглядит позвонок, самое время заглянуть в анатомический атлас. Люди с развитым воображением могут попытаться представить себе эту картинку, исходя только из того, о чем я буду говорить.

Сокращая описание анатомического строения позвонка по максимуму, оставляя только самые необходимые для понимания сути обсуждаемого вопроса детали, можно сказать, что обычный позвонок состоит из тела, двух поперечных отростков, одного заднего и дужек, соединяющих все это между собой. Для соединения с двумя соседними позвонками (один сверху, другой снизу) каждый позвонок имеет шесть условно называемых точек контакта. Две из них представляют собой площадки на телах позвонка, которые соединяются с межпозвонковыми дисками. Еще четыре находятся на поперечных отростках, образуя суставные поверхности для межпозвонковых суставов, по две сверху и снизу.

Кость является основой, базой, фундаментом, несущей конструкцией опорно-двигательного аппарата. Но сами по себе кости не могут обеспечить ни функцию опоры, ни функцию движения этого аппарата. Если представить себе позвоночник как двадцать четыре позвонка, поставленные друг на друга как кубики или шашки, то сразу станет понятно, сколь

непрочной будет это строение. Малейшее воздействие извне, и вся конструкция развалится.

К счастью, позвоночник состоит не только из позвонков, благодаря чему является и прочным, и упругим, и подвижным. Несколько выше я уже упоминал о мышцах, дающих возможность совершать движения как между отдельными позвонками, так и всему позвоночнику в целом. Эту функцию у них никто не оспаривает. Так, может быть, мышцы и вызывают то самое функциональное ограничение движения позвонков относительно друг друга, природу которого мы пытаемся выяснить и которое устраняет мануальный терапевт во время лечебных сеансов?

Вопрос не праздный. Мышца обладает способностью к сокращению с последующим расслаблением. Следовательно, она может либо ограничивать, либо увеличивать объем движения тех структур, к которым крепится. Но эта самая способность является естественной, ведь именно для этого мышцы и присутствуют в теле. Не может орган, система органов, отдельная часть его вызывать в организме патологическое состояние, если выполняет функцию, которая заложена в ней самой природой. Поэтому нормально работающие мышцы не могут вызвать функциональное ограничение подвижности позвонков.

А не нормально работающие? Они способны на такую подлость? Скорее всего, да. Но что значит – не нормально работающие? Учитывая сократительную способность мыш-

цы, в ней возможны два состояния, способных существенно и надолго ограничивать движение в позвоночнике. Первое можно назвать стойким повышением тонуса или спазмом. Второе прямо противоположно первому по сути и характеризуется полной потерей сократительной способности, которое еще называют вялостью или параличом. Оба эти состояния способны полностью выключить мышцы из работы. Соответственно, она не сможет двигать позвонок, то есть последний будет ограничен в своей подвижности.

Все выглядит логичным. Но подумайте, что заставляет мышцу работать? Неужели она сама по собственной прихоти вдруг решает сократиться? Конечно, нет. Команды ей подает нервная система. И именно в нарушении работы центральной нервной системы следует искать причину стойкого сбоя в работе мышцы.

Существует еще несколько патологических состояний в организме человека, способных нарушить работу мышц. Они связаны с нарушением обмена веществ, врожденной патологией, системными заболеваниями. Под общим названием их можно объединить в группу «биохимических проблем». Зададимся вопросом, способен ли мануальный терапевт напрямую вмешаться в работу нервной системы, повлиять на генетические деформации или изменить характер обмена веществ в организме? Разумеется, нет. Опосредованное влияние возможно, но прямое никоим образом не происходит. Следовательно, мышцы – это не та часть опорно-дви-

гательного аппарата, которая вызывает стойкое, но обратимое ограничение движения одного позвонка относительно другого. Соответственно, патология мышц не является предметом работы мануального терапевта.

Оба-на! Ничего себе резюме. А что же еще он может делать, если не растягивать напряженные мышцы?

Ну, во-первых, мануальный терапевт ничего не тянет (скоро вы и сами это поймете). А во-вторых, «напряженные мышцы» уже давно и успешно (особенно с финансовой точки зрения) обрабатывает многочисленная армия массажистов, специалистов со средним медицинским образованием или вообще без оного. Врачу негоже заниматься делами, не имеющими ничего общего с лечением.

Любой мануальный терапевт знает, что такое ПДС. Эту аббревиатуру можно встретить в каждом руководстве по мануальной терапии. Расшифровывается она как позвонководвигательный сегмент. Подразумевается, что он включает в себя два соседних позвонка и все мягкие ткани, что находятся между ними. По общепринятым представлениям, ПДС является функциональной единицей позвоночника, осуществляющей движение позвоночного столба. Никаких других функций, судя по определению, ПДС не несет.

Не знаю, кого как, но меня жизнь не раз убеждала в том, что не все, что является общепринятым, бывает верным. Вот и с ПДС также. Кто придумал это название, не знаю, но он явно плохо учился в школе. Ведь третий закон Ньютона гласит,

что сила действия равна силе противодействия. Напрягите память, ведь это из школьной программы. Если ПДС обеспечивает только движение позвонков, то почему они рано или поздно не додвигаются до того, что разойдутся окончательно? Центробежное усилие осуществляют мышцы, а что же обеспечивает центростремительное движение, то есть возвращает ПДС в исходное состояние и удерживает его от разрушения? Те же самые мышцы? Но в расслабленном состоянии сделать этого они не могут. Значит, они должны быть все время напряжены. И как долго? На какое время мышца может оставаться в напряженном состоянии?

Проведем еще один простой опыт. Сидя или стоя вытяните руки перед собой. Как долго вы сможете удерживать руки в этом положении? Кто-то больше, кто-то меньше, но любой человек вскоре будет вынужден руки опустить. И это при том, что в руках ничего и не было. А если бы опыт проводился с нагрузкой? То-то же...

Конечно, если немного отдохнуть, то можно опять какое-то время продержат руки вытянутыми. Если этот опыт перенести на позвоночник, то, чтобы спасти его мышцы от переутомления, человек постоянно должен совершать разнонаправленные движения, позволяя расслабиться и отдохнуть отдельным мышечным группам.

Бред? Бред. Ведь ничего подобного в реальной жизни не происходит. Человеку не приходится постоянно наклоняться, раскачиваться, скручиваться только для того, чтобы под-

держивать позвоночник в рабочем состоянии и время от времени позволять себе и те движения, которые он хочет сделать, а не только те, которые вынужден.

Вот именно поэтому термин «ПДС» не правомочен. Поскольку между позвонками осуществляется не только движение, но и фиксация. Одному действию постоянно противостоит другое и силы их равны. В связи с этим разумным было бы название фиксационно-двигательный позвоночный сегмент (ФДПС). Функцию фиксации в этом сегменте выполняют связки, а вовсе не мышцы.

Связок в позвоночнике великое множество, никак не меньше, чем мышц. Они натянуты вертикально, горизонтально, по диагонали. Соединяют они не только соседние, но и далеко стоящие друг друга позвонки. Все вместе они обеспечивают позвоночнику гибкость, прочность, устойчивость к нагрузкам, подвижность в определенных, безопасных для здоровья пределах.

Именно связочный аппарат позвоночника принимает непосредственное участие в формировании стойкого, но обратимого ограничения движения в ФДПС. Каким же образом?

С точки зрения биомеханики позвоночника, тела позвонков с расположенными между ними межпозвонковыми дисками обеспечивают статику позвоночного столба. Тогда как динамика, то есть движение, между позвонками поддерживается работой межпозвонковых суставов, коих, как мы

недавно выяснили, по четыре у каждого позвонка. А что представляет собой любой сустав? Окончания двух или более костей, заключенные в общую капсулу из соединительной ткани, окутанную связками. Суставы позвоночника бывают разными по форме и механизму движения. Но их общая упрощенная схема строения может выглядеть в виде двух суставных поверхностей соседних позвонков, одна из которых несколько выпуклая, другая немного вогнутая. Форма этих суставов далека от шарообразной, так как края суставных поверхностей совсем не прямые и их поверхность не идеально ровная.

Про третий закон Ньютона еще не успели забыть? В нормальных условиях, то есть при нормальных нагрузках на ФДПС, мышцы увеличивают расстояние между позвонками, тем самым осуществляя движение одного позвонка относительно другого как раз в зоне межпозвонковых суставов. В это же время связки стремятся удержать позвонки как можно ближе друг к другу, сохраняя целостность как отдельно взятого ФДПС, так и всего позвоночного столба. Сила противостоит силе. И движения полноценные выполняются, и конструкция сохраняет свои физические характеристики.

Но что произойдет, если нагрузка на ФДПС окажется чрезмерной? Представьте себе, что под воздействием какой-то внешней силы движение в межпозвонковом суставе превысило допустимые нормы и суставные поверхности позвонков разошлись слишком далеко. Помните про функцию

связок? Стремясь удержать ситуацию под своим контролем, они сближают между собой суставные поверхности. Но они уже разошлись настолько, что конгруэнтность их нарушена. И в этих условиях напряженные из последних сил связки замыкают сустав в его нерабочем состоянии!

Сустав блокируется, полноценное движение в нем невозможно. Но сустав является частью ФДПС, следовательно, и в нем возникает ограничение подвижности.

И вот теперь разрешите представить Вам нашего нового знакомого, о существовании которого многие догадывались, но мало кто имел четкое о нем представление. Знакомьтесь, Его Величество ФБ! Красавец, единственный и неповторимый функциональный блок, знакомству и тесным контактам с которым посвящена вся жизнь мануального терапевта.

Да, да, да, именно в этом и заключается суть работы мануального терапевта – поиск и устранение ФБ.

Прямо детектив какой-то, скажут некоторые скептики, а не медицина. Ну да, детектив! Есть таинственный преступник, некий таинственный ФБ. Есть преступление, им совершенное, – ограничение подвижности в ФДПС. Есть боль и страдания человека, с которым эта беда приключилась.

Но есть и профессионал – опытный сыщик. Он разберется в сути проблемы. Выяснит, кто на самом деле является преступником и под какими масками (симптомами!) прячется. Он вычислит негодяя, найдет его логово (проблемный ФДПС) и ликвидирует аккуратно и безопасно. Мало того,

сыщик вникнет в суть преступления, объяснит, откуда идут его корни, и поможет предостеречь от рецидива. И только после этого будет считать свою работу выполненной доброт-но.

Вот этому захватывающему действию и будут посвящены несколько следующих глав.

Глава 4

ДО ПРИЕМА

С чего начинается контакт доктора с потенциальным пациентом? Как правило, с телефонного звонка.

С чего начинается разговор? «Здравствуйте, доктор! У меня...» Далее начинается перечисление... Нет, не жалоб. Диагнозов: остеохондроз, радикулит, мигрень, прострел, кривошея, нестабильность – далее по списку. И сразу следует вопрос: «Вы мне помочь можете?»

Ну и чем я могу ему, болезному, ПО ТЕЛЕФОНУ помочь? Мануальная терапия – это всегда контактная работа. И на этапе диагностики, и, тем более, во время лечения необходим непосредственный контакт врача с пациентом. Мануальный терапевт работает руками, ему эти руки надо к чему-то, точнее к кому-то, приложить. Без этого непосредственного контакта нет и не может быть мануальной терапии.

И потом, вот эти слова: «остеохондроз», «радикулит», «мигрень», «прострел» и т. д. О чем они говорят? О безграмотности. Нет, не пациента. А того эскулапа, который на пациента данные ярлыки навешал. Ну не должно быть в нормальной медицине всех этих бранных слов, которые переносятся из одной истории болезни в другую, из одной амбулаторной карты в соседнюю по полке, из одной пустой головы во многие и многие другие? И что я должен ответить, услы-

шав эту ересь по телефону? «Да, я могу ЭТО вылечить»? Ну, уж нет, извините...

Правда, не бывает правил без исключений. Иногда я сразу слышу диагноз, который наверняка исключает участие мануального терапевта в лечебном процессе. Несколькоми наводящими вопросами уточняю ситуацию и честно говорю собеседнику, что помочь ему не смогу. Делается это в его же интересах. Обычно это связано с тяжелой структурной патологией, при которой лишний раз передвигаться по городу человеку просто физически не удобно.

Вторая распространенная ситуация во время телефонного разговора заключается в том, что человек начинает перечислять все обследования, что он успел пройти, и спрашивает, что еще ему необходимо пройти до приема. Делается это, понятное дело, из лучших побуждений, «чтобы доктору легче было поставить диагноз».

Да ничего не надо проходить. Более того, во время приема обычно выясняется, что и те обследования, которые уже есть, были проведены зря. Большинство врачей очень слабые диагносты, вот и назначают пациентам массу обследований, что называется «до кучи». А вдруг что-нибудь да натолкнет на правильную мысль?

Обычно я отвечаю, берите мол, то, что уже есть, но ничего нового пока делать не надо. Хотя на самом деле мне надо, чтобы пациент взял с собой только простынку и не опоздал на прием. Вот и все. Потому как все, что мне надо для его

обследования, у меня уже есть.

Глава 5

КОНСУЛЬТАЦИЯ

У врача любой специальности в работе с пациентом есть два этапа работы – диагностика и лечение. Первый из них необходим в большей степени врачу, нежели пациенту. Врач должен определиться – «его» это пациент или нет. Ведь не должен стоматолог лечить ангину, гинеколог – артроз тазобедренного сустава, а окулист – острый гайморит. Жалобы, что «где-то тут что-то болит», говорят только о том, что «где-то там, действительно, что-то болит». Где, что и по какой причине должен выяснить врач.

Первая встреча с пациентом у меня всегда носит консультативный характер. Я никого не записываю на лечение по телефону. Вдруг выяснится, что я не смогу помочь? Боль и ограничение подвижности – основные жалобы, которые предъявляет мануальному терапевту пациент. Но они могут быть проявлением какой угодно патологии, в том числе и структурной. В такой ситуации мануальный терапевт ничем, кроме советов, помочь не в состоянии. Вот именно поэтому и еще для того, чтобы у человека не возникло разочарование по поводу не оправдавшегося ожидания на избавление от недуга, все вопросы по поводу возможного лечения решаются только на очной консультации.

Вспомните, с чего начинается прием любой врач. Правиль-

но, просматривает амбулаторную карту. Читает, чем человек болел, какие проходил обследования, чем лечился. И только после этого жалобы, осмотр и т. д.

Вот и мне в первую очередь пытаются предъявить всякие бумажки да снимки. Когда же я, откладывая всю эту макулатуру в сторону, спрашиваю о жалобах, то натываюсь, как правило, на недоуменный взгляд человека. Какие жалобы? Что такое жалобы? Зачем? Ведь ТАМ все написано!

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

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

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