

# Содержание

Введение .....	5
<b>Часть 1. Общие вопросы, понятие дисфункции, техники диагностики и лечения .....</b>	<b>7</b>
С чем мы работаем .....	7
Соматическая дисфункция (рестрикция) .....	7
Диагностические приемы .....	12
Диагностика через облегчение движения .....	12
Диагностическая тракция .....	14
Диагностика дисфункций через объемное ощущение жесткости .....	16
Пальпация, перкуссия, тесты на пружинирование суставов .....	16
Индикаторные зоны и точки .....	16
Дополнительные методы исследования .....	17
Правила взаимодействия с пациентом .....	17
Состояние внутренней готовности терапевта .....	19
Мышечная расслабленность терапевта .....	20
Пустота ума .....	21
Специальные техники диагностики внутрикостных дисфункций .....	23
Лечебные техники .....	24
Техника вхождения во внутрикостную дисфункцию (объемная жесткость) и ее удержание .....	24
Техника работы через суперпозицию кости .....	25
«Жидкостные» техники .....	27
Терапевтические феномены .....	28
<b>Часть 2. Систематика и лечение внутрикостных дисфункций .....</b>	<b>29</b>
Механизмы возникновения и перцептивные типы внутрикостных дисфункций .....	29
Наиболее частые места локализации внутрикостных дисфункций в костях основания черепа .....	34
Затылочная кость .....	35
Чешуйчатая часть затылочной кости в местах вставления серпа и намета ...	38
Затылочно-височная зона .....	39
Зона клиновидной кости .....	40
Зона височных костей .....	43
Зона нижней челюсти .....	44
Кости свода черепа .....	48

Шейные позвонки — атлант и аксис.....	49
Позвонки С7 и верхнегрудной отдел.....	57
Грудная клетка, грудина, ребра.....	61
Позвонки грудного отдела.....	69
Дисфункции ключицы.....	69
Лопатка.....	70
Дисфункции верхних конечностей.....	73
Лучезапястный сустав и кости кисти.....	77
Позвонки поясничного отдела.....	79
Крестец и тазовые кости.....	84
Нижние конечности — бедренная кость.....	105
Коленный сустав.....	108
Кости голени.....	108
Кости стопы.....	110



**NB! Дисфункции аксиса есть практически у всех пациентов.**

На практике достаточно часто мы придаем неоправданно малое значение внутрикостным дисфункциям аксиса, особенно его зуба и связям этих дисфункций с мембранной системой.

Это объясняется тем, что при глобальных методах диагностики мы обычно находим последствия внутрикостных дисфункций со стороны миофасция или связочного аппарата.

Обычно и в голову не приходит, что торзия основания черепа (соответственно и сфеноокципитального синхондроза) или дисфункции височных костей (я имею в виду ограничения ритма и тяги) могут быть следствием гомолатерального напряжения намета мозжечка, что, в свою очередь, является следствием внутрикостной дисфункции зуба аксиса.

**NB! Если я нахожу гомолатеральное напряжение в черепе, я всегда начинаю диагностику и лечение этой зоны через аксис.**

Эта же дисфункция зуба аксиса часто связана с клиническими проявлениями диск-радикулярных конфликтов поясничного уровня, когда устранение вторичной торзии дуральной спинномозговой оболочки через аксис дает положительную динамику при дорсалгии или корешковых синдромах L5-S1.

Диагностику дисфункций аксиса можно проводить в краниальной либо латеральной — на уровне головы и шеи пациента позиции. Де-



**Рис. 36.** Диагностика внутрикостной дисфункций позвонка C2; при наличии дисфункции остистый отросток обычно «жесткий», слегка «выпирает» и болезненный



айте так, как вам будет удобно, только с одним условием — запястье пальпирующей руки не должно неестественно выгибаться и напрягаться.

Саму диагностику удобнее проводить кончиками указательного и среднего пальцев, слегка расставленных в виде буквы V (рис. 36).

При пальпации остистого отростка аксиса, имеющего внутрикостные дисфункции, обращает внимание «избыточное дорсальное выпирание» его остистого отростка, а также болезненность и ригидность при легком дорсальном покачивании.

**NB! Характерный четкий, регулярно повторяющийся признак внутрикостной дисфункции зуба аксиса — ощущение «проникновения» пальпирующих пальцев в полость черепа через большое затылочное отверстие.**

Наиболее часто при проведении диагностики дисфункции аксиса мне приходится обращать внимание на наличие ощущения «объемной жесткости», которое может передаваться в направлении висцерокраниума (лицевого черепа) по нескольким векторам:

- Уровень больших крыльев клиновидной кости
- Уровень скуловых дуг и скуловых костей
- Уровень подъязычной кости

Иногда я провожу протокольное лечение дисфункций по всем перечисленным векторам, а иногда работаю только через один из доминиру-

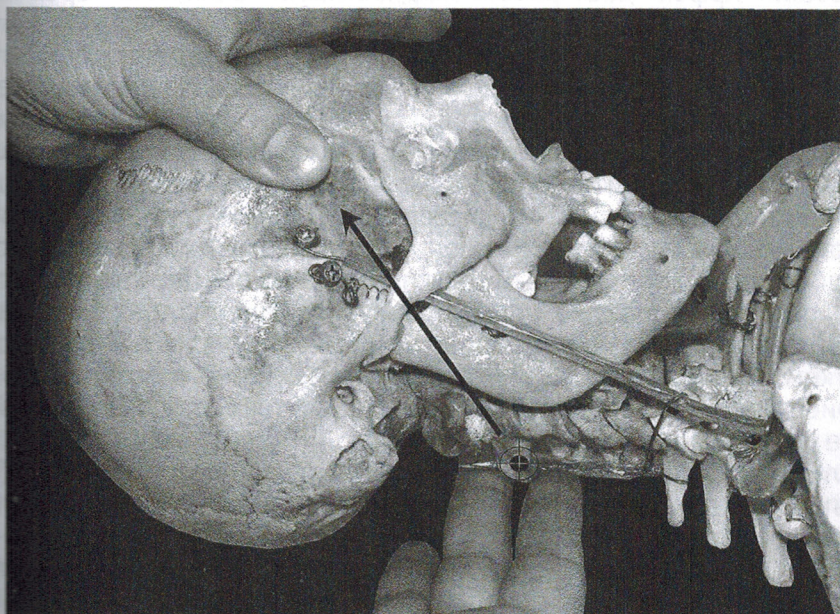


Рис. 37. Коррекция внутрикостных дисфункций аксиса (C2, его зубовидного отростка) и намета мозжечка



ющих векторов. Это зависит от каждого конкретного случая и реактивности тканей на проводимое лечение.

Коррекция внутрикостных дисфункций позвонков С3-С6 обычно не представляет сложностей, так как типичным местом локализации дисфункций являются дужки позвонков и остистые отростки.

Диагностику дисфункций этих позвонков я обычно провожу путем легкой компрессии, передаваемой в вентральном направлении через остистый отросток 2-м и 3-м пальцами. При этом я обычно располагаюсь сбоку от пациента, на уровне шеи или в краниальной позиции, но в последнем случае приходится сгибать руку в запястье, а это допустимо только в том случае (сгибание руки в запястье), если не вызывает напряжения в самой руке терапевта.

Порядок работы следующий: нахождение объемной жесткости в дужках и остистых отростках позвонков, от которой обычно зависит напряжение дорсальной мускулатуры шеи и ее лечение.

Технику лечения через суперпозицию на среднешейном уровне я применяю реже.

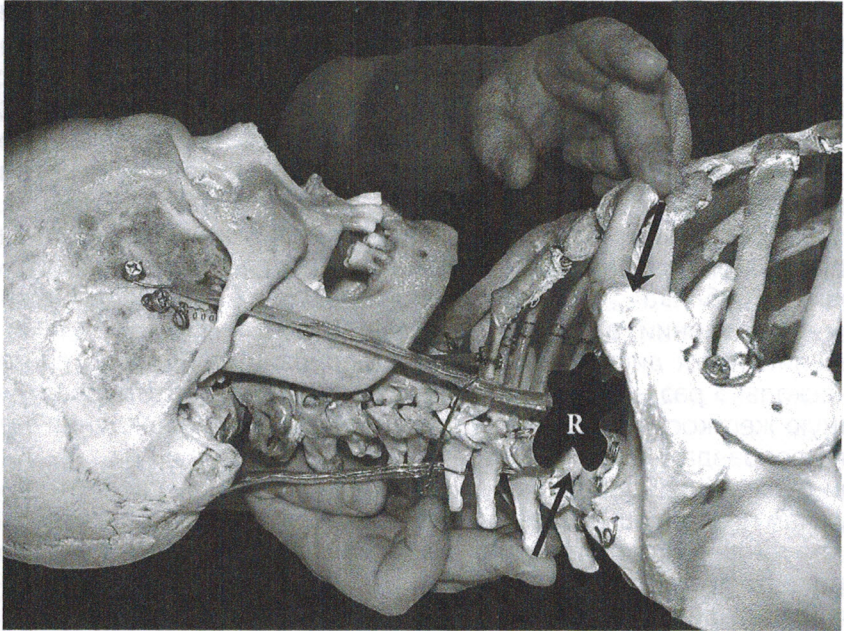
Иногда полезно войти в дисфункцию дужек позвонков через поперечные отростки легкой медиальной компрессией, симметрично с двух сторон. Захват такой же, как и для проведения техники сегментарного позиционирования шейного отдела, только акцент делается не на облегчение движения (эффекты направлены на коррекцию мягких тканей), а на феномены объемной внутрикостной жесткости.

Хороший эффект дает работа жидкостными техниками через поперечные или остистые отростки позвонков.

Среди позвонков среднешейного отдела мне приходится чаще уделять внимание С4. Прослеживается устойчивая связь дисфункций таза и функциональной разницы длины нижних конечностей с дисфункциями С4. С этой закономерностью я впервые столкнулся у пациентов с различными типами дорсалгий и корешковых синдромов поясничного уровня более 10 лет назад — при наборе диссертационного материала и проведении компьютерного нейрометамерного анализа анизотропии электропроводимости над остистыми отростками позвонков. Достаточно часто и с высокой достоверностью у указанной группы пациентов зона максимальной анизотропии электропроводимости встречалась над остистым отростком С4, а его коррекция методом сегментарного позиционирования приводила к «самокоррекции» дисфункций таза и положительной динамике заболевания.

В случаях, когда локальная работа по коррекции постерального (заднего) либо антерального (переднего) вращения подвздошной кости не приносит ожидаемого результата, не тратьте понапрасну время — обследуйте С4 через поперечные отростки, найдите его внутрикостную дисфункцию и уберите ее. Суперпозиция найденной дисфункции часто напоминает «две половинки бублика», коррекцию этого нарушения удобно проводить через поперечные отростки. Не следует путать техники сег-





**Рис. 38.** Диагностическое вентральное покачивание С7; вторая пальпирующая рука расположена на правом грудинно-ключичном сочленении — это может быть не один палец, а несколько или вся ладонь, в зависимости от чувствительности терапевта; внутрикостная дисфункция тела С7 дает ощущение ригидности и жесткости при проведении пробы

тральное покачивающее движение, достаточно жестко, как через «деревяшку», передается на проекцию правого грудинно-ключичного сочленения, где обычно располагается вторая пальпирующая рука (рис. 38).

Различаются внутрикостные дисфункции самого остистого отростка, дужек позвонка и тела. Наиболее частый вариант — наличие сочетанной дисфункции, которая тянется от остистого отростка, через одну из дужек, через тело позвонка (чаще захватывается 1/3 или 2/3 тела позвонка), переходя на дугу аорты через ее связочный аппарат (рис. 39).

Вообще у меня создается впечатление приоритетности сосудистых дисфункций аорты, в частности ее дуги, в развитии внутрикостных дисфункций тела С7 и позвонков верхнегрудного отдела. Богато иннервированная, мощная гладкомышечная структура, волокна которой проходят в спиралевидном направлении, при своем сокращении оказывает мощнейшее «стягивающее» воздействие на С7 и верхнегрудные позвонки, к которым она (аорта) прикрепляется в вентральном и каудальном направлениях.

И те мощные передние остеофиты тел позвонков, что мы наблюдаем на рентгеновских снимках, есть не что иное, как следствие этих тяг со стороны аорты через ее связочный аппарат на нижнешейные и верхнегрудные позвонки.



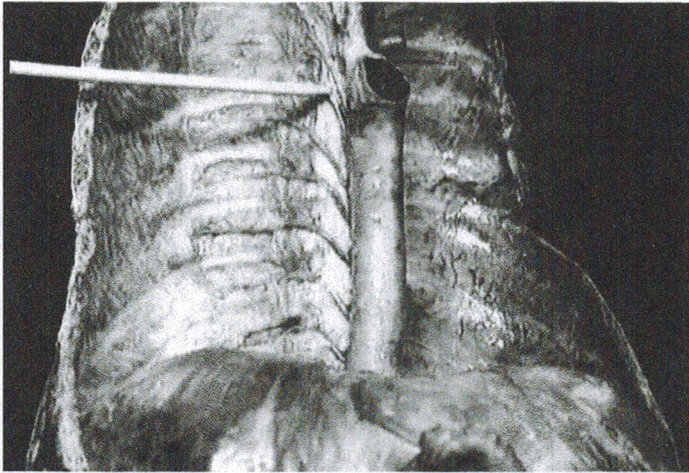


Рис. 39. Система вертебро-перикардиальных связок, часть из них соединяет дугу аорты и переднюю поверхность тел позвонков C7-Th2

Хотя я и не исключаю первичного возникновения внутрикостных дисфункций в телах позвонков описываемого региона. Проследить их «первичность» очень сложно, так как дисфункции грудной аорты, а особенно ее дуги, присутствуют практически у всех пациентов в разной степени выраженности.

Лечение комбинированной дисфункции тела C7, верхнегрудных позвонков и дуги аорты можно проводить, сидя в краниальной позиции терапевта, можно в боковой — на уровне шеи пациента. В некоторых случаях я провожу лечение в положении стоя, с опорой на локоть руки, пальпирующей C7, на кушетку (дополнительный фулькрум). Тыльная поверхность кисти терапевта делает упор на кушетку, а пальцы приподнимаются, оказывая компрессию в вентральном направлении. Другая рука через ладонь оказывает встречное дорсальное воздействие через рукоятку грудины и правую ключицу.

Компрессию на вентральную часть грудной клетки надо оказывать не «от руки», а «от туловища». Только так нам удастся избежать потери ощущения «жесткости дисфункции». Как я уже говорил, мы работаем только «пустой рукой из живота», иначе мы потеряем все необходимые ощущения.

Особенности лечения дисфункций этой важной ключевой зоны таковы, что порой приходится развивать значительные физические усилия при проведении компрессии. Надо быть крайне осторожным и внимательным, чтобы не «увлечься процессом» и не поломать пациенту ребра. Я рекомендую ориентироваться на «желание тканей» и болезненность у пациента при проведении процедуры.

Достаточно часто мне приходится наблюдать психосоматическое освобождение в момент разрешения дисфункции, которое может сопро-



Вентральную диагностическую компрессию позвонка через его остистый отросток следует производить из минимального усилия. Именно минимальное усилие позволяет успешно перцептировать внутрикостную дисфункцию.

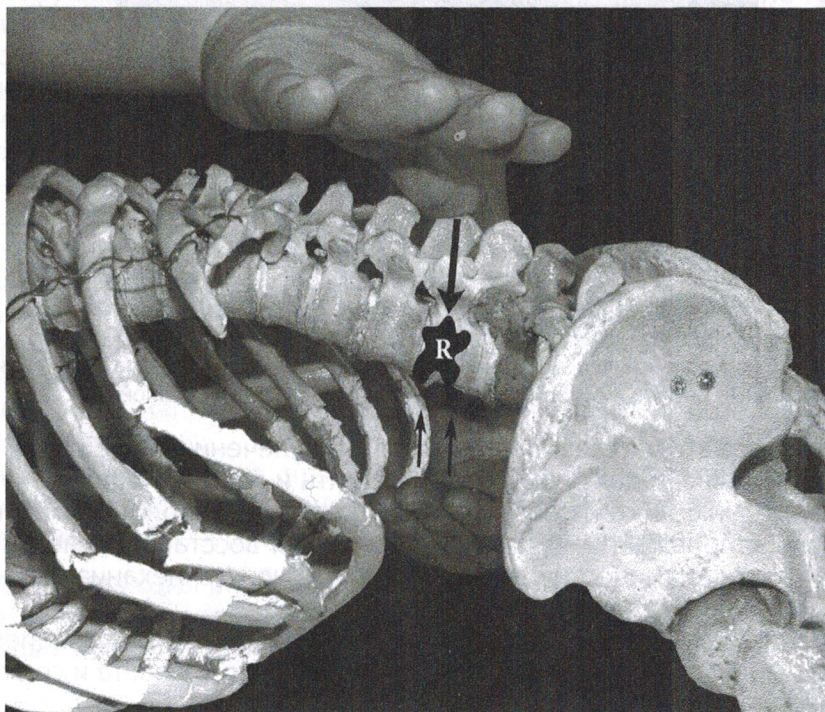


Рис. 60. Внутрикостная дисфункция тела поясничного позвонка

Часто я оказываю встречное диагностическое движение через живот, в дорсальном направлении, в направлении передней поверхности тел позвонков. Как уже говорилось выше, дисфункции тел поясничных позвонков L2-L4, как правило, имеют связь с дисфункциями брыжейки (рис. 61).

Подобную сочетанную дисфункцию, имеющую объемную форму песочных часов или гантели, удобнее пальпировать и лечить обеими руками.

Прежде всего рекомендуется проверить остистый отросток (основание) и поперечные отростки на наличие объемной жесткости. Тогда вам будет проще «пройти» в тело позвонка. Если дисфункции остистого и поперечных отростков не устранить, то это будет сделать значительно сложнее. Коррекцию дисфункций остистого и поперечных отростков можно проводить одной или двумя руками. Во втором случае (две руки) одна рука 2-м и 3-м пальцами пальпирует остистый отросток, а другая рука накрывает ее сверху. Рабочей является верхняя рука, это позволяет расслабить нижнюю, пальпирующую руку и тем самым поднять ее перцептивную чувствительность.





Рис. 61. Сочетанная дисфункция поясничного позвонка и корня брыжейки

Можно лечить поясничные позвонки в позиции пациента лежа на спине. В этом случае стараемся принять позу, которая будет максимально расслаблять наше запястье. Так как наша рука будет прижата весом тела клиента к кушетке, то важное значение будет иметь высота самой кушетки и стула, на котором мы сидим. Надо, чтобы их высота (и кушетки, и стула) была отрегулирована таким образом, чтобы в ваших запястьях не возникало никакого дискомфорта во время работы.

Обычно я создаю фулькрум тыльной стороной запястья о кушетку, а пальцы слегка «идут» навстречу весу тела, слегка приподнимая участок тела. Это создает инициацию лечебного движения и не утомляет наши руки.

**NB! Рука с напряженным запястьем ничего не чувствует!**

Положение пациента на спине во время коррекции поясничных позвонков позволяет нам проводить лечение позвонков через суперпозицию, перцепцию внутрикостной объемной жесткости, а также через динамическую жидкостную внутрикостную технику (иногда я использую сокращенное название — ДЖВТ). Направление воздействия при динамической технике — дорсовентральное.