

Глава 4. Положительный диагноз в остеопатии

Жизнь коротка, искусство долговечно, возможность мимолетна, эксперимент изменчив, суждение обманчиво. Врач не только должен делать то, что следует, но должен склонить пациента, помощников своих и внешние силы к сотрудничеству.

ГИППОКРАТ

Природа остеопатического диагноза

Диагностический поиск - это попытка выявить вещи неправильные, неуместные - словом, вещи, которые выходят за рамки понятия нормы. Способность различать норму и патологию является центральным аспектом формирования положительного диагноза. В зависимости от ситуации идея нормальности может иметь различные формы и выражения. В традиционной медицине, чтобы поставить диагноз, обычно требуется наличие биологического или рентгенологического отклонения. Для остеопата отклонение в первую очередь выражается в утрате движения телесных структур. Остеопатический диагноз механический по природе.

От физиологии к патологии

Норма и соответствие норме

В чем смысл понятий «норма» и «соответствие норме»? Согласно Генри Лаборье (1979), в медицине (так, как этому учат в медицинских учебных заведениях) человек рассматривается как исходно нормальный, если своими параметрами попадает в диапазон, очерченный колоколообразным гауссовым распределением (дополнение 4.1), и в котором представлены все явления и биологические значения. Исходя из этого, мы можем определить, что пациент страдает сахарным диабетом, у него выявляется уремия, гипертермия либо отсутствуют какие-либо органические нарушения. Человек считается психологически нормальным, если соответствует гауссову распределению, при котором поведение индивидуума в данном конкретном социальном обществе закономерно, соответствует исторической эпохе и устоявшемуся набору ценностей. В обоих случаях редко возникает ситуация, когда человек стал бы рассматриваться с точки зрения патологии. На этом уровне человек может оцениваться исключительно без учета окружающей среды и социокультурных факторов. Лечение таких пациентов обычно сводится к попыткам привести их к соответствующим нормам и сделать это как можно быстрее. Редко прилагаются усилия адаптировать окружение, так чтобы организм мог сам найти, что для него норма и состояние равновесия.

С терапевтической точки зрения существуют различные подходы. Одним из вариантов и является приведение показателей в соответствие с гауссовым распределением для каждого из них. Вторым вариантом следует рассматривать гармонизацию пациента по отношению к окружающей среде, чтобы помочь восстановиться и определить для себя норму и индивидуальное равновесие. Другими словами, первый метод - это краткосрочный подход, он может базироваться на изменении симптомов в ходе лечения либо применим в неотложных ситуациях. Вторая стратегия более продолжительная, и, беря ее в разработку, пытаются модифицировать окружающие факторы; здесь организму требуется время, чтобы

отреагировать и приспособиться к изменениям. Два описанные подхода не исключают друг друга, но с пользой способны друг друга дополнить.

Дополнение 4.1. Гауссова кривая и классификация нормы

В определенной популяции, если рассмотреть отдельные характеристики человека, такие как рост, масса тела, коэффициент интеллекта, уровень сахара в крови и т. д., величины показателей большинства людей на графике окажутся в максимальной близости к средним значениям. Наоборот, чем больше расстояние от среднего значения, тем меньше индивидуумов приходится на эту часть графика. Графическое представление такой закономерности называется гауссовой функцией, которая имеет колоколообразный вид (рис. 4.1). Такая кривая выражает плотность вероятностей группы случайных переменных. Использование такой кривой может стать причиной ряда ошибок, а ее применение по отношению к человеку формирует определенный тип деспотизма большинства. Если у женщины очень маленький или очень большой размер стопы, такая категория покупателей не выгодна в маркетинговом плане и им трудно подобрать подходящую обувь. Но можем ли мы сказать, что благополучие этих женщин для нас менее важно, потому что они малочисленны? Похожим образом, будучи поглощенными идеей коэффициента интеллекта при оценке умственных способностей, мы также можем прийти к ошибочным заключениям.



Рис. 4.1. Идея соответствия норме на основании гауссовой кривой.



Рис. 4.2. Интеллект в соответствии с гауссовым распределением.

Норма и норматив

Важно напомнить самим себе о вездесущей нормативности - тенденции конформистов нашего западного общества. Говоря в более широком смысле, почти все общества проявляют тенденцию к установлению норм развития и социальных норм. Хочу привести лишь один пример: для детей общим правилом является то, что к определенному возрасту они должны быть аккуратными, к другим установленным

возрастам - уметь говорить, ходить, читать и т. д. И здесь не учитывается возможный индивидуальный темп развития ребенка, временные или конституциональные трудности или конфликты с различными факторами.

В обществе норма является правилом доминанты. На нашем уровне - терапевтов, помимо выполнения своей технической работы, мы также должны пытаться привести определенное равновесие в эту тенденцию. Нам часто требуется еще раз убедить тех, кто выпал за рамки «традиционной нормы», в том, что это предубеждение, указывать на то, что норма - частный взгляд на вещи. Иногда требуется избегать принятия и укоренения готовой формулы или диагноза, построенных на данной идее, дабы не подпитывать психологическую мощь некоего идеального пациента и не формировать чувство неполноценности у других людей, которые начинают считать, что они не соответствуют идеализированной норме и им во что бы то ни стало надо ее достичь.

Различные типы нарушений

Часто между *функциональной патологией* и *органической патологией* проводят различие, и это может побудить нас думать, что патология действительно четко разделяется на два различных типа. Реальность выглядит несколько иначе. Леон Ванье (1965) выделяет три типа нарушений, которые при их совместном рассмотрении придают имеющейся у пациента патологии ее собственный индивидуальный вид:

- Нарушения, связанные с повреждением.
- Функциональные нарушения.
- Сенсорные нарушения.

Нарушения, связанные с повреждением

Нарушения, связанные с повреждением, являются результатом нарушения анатомической целостности органа. Данное представление обеспечивает наилучшее понимание проблем с органами, поскольку достигается ясное представление о развитии болезни, в определенной степени облегчающее постановку диагноза. Такая патология часто называется *органической*. Данный тип нарушения обычно подтверждается клиническими и дополнительными методами исследования. Человек, у которого имеется такого рода повреждение органа, уже не рассматривается как *органически нормальный*.

Функциональные нарушения

Функциональные нарушения подразумевают изменение функции органа. Когда функционирование органа нарушено, его реактивность становится отличной от нормально функционирующего органа. Часто диагноз заболевания поставить не удается и даже оказывается затруднительным повесить ярлык на имеющуюся группу симптомов и клинических фактов. Даже если группа симптомов не может быть объективно определена в рамки диагноза классическими методами, построение образов и биологического анализа, эти симптомы, тем не менее, имеют огромное значение для диагностики.

Аллопатическая медицина может оказаться бессильной перед лицом функциональных нарушений, особенно когда они не соответствуют клинической картине того или иного заболевания. Остеопатический мануальный диагноз в целом позволяет врачу найти и локализовать дисфункцию, а также идентифицировать механические нарушения, которые, вероятно, послужили причиной имеющегося

расстройства. Врач, таким образом, может найти источник функциональных нарушений, связанных с неправильным функционированием желез, органов, нервных сплетений и нервных ганглиев.

Сенсорные нарушения

Сенсорные нарушения проявляются в самом начале каждого заболевания, а если быть более точным, в самом начале каждого состояния, ведущего к заболеванию. Формируется состояние недомогания, предшествующее появлению функциональных и органических нарушений. Путь, которым сенсорные нарушения проявляются у данного конкретного пациента, зависит от черт его характера, психики и чувствительной сферы, измененных под действием болезненных факторов. Таким образом, паттерн нарушений будет индивидуальным для каждого человека.

На данном этапе отсутствует органическое повреждение и дисфункция. Функционирование органа не нарушено. Это часто ставит в тупик пациента и пугает врача.

Различия в психике и чувственном восприятии у разных людей весьма многочисленны. Иногда это всего лишь симптомы, которые показывают наличие у пациента болезненного процесса, манифестирующего внутреннее состояние дисбаланса или нарушения, либо отсутствие синхронизации с внешним миром. Они часто сопутствуют установленной группе симптомов распознаваемого заболевания или клинического синдрома. Это придает индивидуализированное выражение болезни у конкретного пациента.

Хронологически, когда начинается болезненный процесс, симптоматология часто прогрессирует с поверхности вглубь, проходя следующие стадии:

- психосенсорная;
- функциональная;
- соматическая, или стадия повреждения.

Остеопатические дисфункции

Патофизиология

С остеопатической точки зрения любое механическое расстройство, независимо от его локализации в организме, может оказывать отрицательное воздействие на управление общей энергией и, как следствие, на состояние здоровья. С помощью мануального диагноза остеопат выявляет анатомические элементы, движение которых нарушено. Такое изменение движения может вызвать сдвиги в локальной биомеханике и сформировать локальные симптомы. Через различные патологические цепочки это может найти свое отражение на удалении от первичной локализации дисбаланса, генерируя симптомы в различных областях тела.

На основании приведенного объяснения можно видеть, что остеопатическое искусство представляет собой не делимый, целостный подход к трем основным биомеханическим системам: скелетно-мышечной, висцеральной и краниосакральной. Каждая из этих систем находится в постоянном взаимодействии с остальными. Патофизиологические хитросплетения этих взаимодействий трудны для исследования. С механической точки зрения ни одна из этих систем не преобладает по степени важности над другими. Только досконально выполненная диагностика может помочь нам определить, какая система играет наибольшую роль в патологическом процессе у конкретного пациента.

Дисфункция

В остеопатической профессии был выбран термин *соматическая дисфункция* и он больше относится к скелетно-мышечному домену. Этот термин заменил ранее использовавшееся *остеопатическое поражение*, поскольку само слово поражение могло вызвать путаницу. Для других крупных систем мы продолжаем использовать термин дисфункция в механическом его понимании, но часто манипулируем тем или иным контекстом, или условием, выражающимся в форме определения *висцеральная дисфункция* или *краниосакральная дисфункция*.

Обозначение дисфункций

Общепринято обозначать дисфункцию по тому движению, которое утрачено в пораженных структурах. Например, сгибательная (флексионная) дисфункция позвонка говорит нам о том, что позвонок утратил свою способность к разгибанию по отношению к нижележащему позвонку, в то время как флексионное движение выполняется им корректно. Правосторонняя торсионная дисфункция сфенобазиллярного сочленения (СБС) означает невозможность выполнения левостороннего скручивающего движения, в то время как торсия вправо происходит в неизменном виде. Инспираторная дисфункция печени в мобильности имеет отношение к ситуации, в которой движение печени в фазу выдоха происходит некорректно; на вдохе же печень перемещается так, как положено.

Первичные и вторичные дисфункции

Каждый пациент характеризуется наличием уникальных биомеханических дисфункций, которые в различное время могут переноситься им легче или труднее, что зависит от способности каждой из дисфункций оказывать различное по степени выраженности вредное воздействие и неудобство. Известно, что дисфункции демонстрируют определенный уровень организации и зависимости друг от друга. Особую значимость приобретает *первичная дисфункция*, которая потенциально способна создавать наибольший дисбаланс в организме и причинять наибольший вред здоровью. Это может быть самая старая из имеющихся дисфункций, которая породила большое число *вторичных дисфункций*. Вторичные дисфункции - не что иное, как адаптации и компенсации, сформировавшиеся в организме в ответ на существование первичной дисфункции.

- *Адаптация* - спонтанно (самостоятельно) обратимый паттерн восстановления равновесия. Независимо от того, болезненная она или нет, для врача чрезвычайно важно распознать, чем она вызвана, поскольку лечить адаптацию не имеет никакого смысла.
- *Компенсация* - это хроническая фиксация, существующая как часть паттерна адаптации. Компенсации спонтанно обратимы и формируют актуальную вторичную дисфункцию. Их лечение показано только после успешной работы с первичной дисфункцией.

Адаптации и компенсации - два процесса, посредством которых организм пытается восстановить равновесие при наличии группы биомеханических нарушений, вторичных по отношению к первичной дисфункции.

Физиологические и нефизиологические дисфункции

Дисфункции называют физиологическими, если они находятся в соответствии с нормальными осями и плоскостями движения вовлеченного в процесс сустава. Это главным образом суставные фиксации, присутствующие в диапазоне нормальной амплитуды движения для вовлеченных суставных поверхностей. Например, ограничение движения позвонка, который нормально ротируется в одну сторону, но ограничен в своем повороте в другую в горизонтальной плоскости, либо экстензия позвонка происходит в полном объеме, а флексия совершается недостаточно - это физиологическая дисфункция.

Нефизиологические дисфункции указывают на наличие перемещений структур, которые происходят вне пределов нормальных осей и плоскостей. Такие дисфункции часто формируются как результат перенесенных травм, но не так уж и редко являются осложнениями физиологических дисфункций, находящихся под влиянием дополнительных механических факторов. Трансляционная диспозиция позвонка, как это имеет место, например, при спондилолистезе и латеральной флексии крестца, являются примерами нефизиологических дисфункций.

Цепи дисфункций (первое название: цепи поражений)

По указанным выше причинам термин *цепь поражений* был заменен понятием *цепь дисфункций*. Термин имеет отношение к последовательности и организации дисфункций, которые вызвали у пациента текущее биомеханическое затруднение, послужившее поводом к встрече пациента с врачом.

Соматические (скелетно-мышечные) дисфункции

Согласно остеопатической терминологии, соматические дисфункции выражаются в изменениях, или модификациях, компонентов скелетно-мышечной системы и их прикреплений. Соматические дисфункции поражают не только каркас тела - скелет, суставы, миофасциальные структуры, но также сосудистые, лимфатические и нервные элементы, которые соединяются с каркасными структурами.

На основе соматических дисфункций построены многочисленные гипотезы, а сами такие дисфункции в научных кругах рассматриваются как вполне возможные. В любом случае именно остеопатам термин соматической дисфункции наиболее близок, поскольку они способны четко ее идентифицировать. Остеопатическое понимание соматической дисфункции особым образом отличается от понимания этого термина другими специалистами по манипуляционным техникам. Данная концепция базируется на множестве клинических проявлений и фактически является первичной клинической сущностью.

Соматическая дисфункция заключается в изменении нормального функционирования сочленения, включая суставы, и ее диагностика строится на специфических критериях. Eileen Di Giovanna (1997) для этих критериев использует мнемоническое правило RATS:

- **R - рестрикция.** Движения в пределах физиологической амплитуды. В пораженном сочленении отсутствует совершенная свобода движения и объем перемещения суставных поверхностей меньше нормы. При рестрикции вовлеченными оказываются одна или несколько плоскостей движения. В большинстве случаев затрагивается то движение сустава, амплитуда которого в норме наименьшая. Это выявляется тестированием подвижности, разработанным для оценки степени свободы движений в суставах.

Глава 13. Ориентировка для мануального диагноза

Если вы не слышите шепот своего тела, скоро вы услышите его крик.

КИТАЙСКАЯ ПОСЛОВИЦА

В этом разделе я намереваюсь рассказать исключительно о рабочей канве и не собираюсь диктовать вам конкретный подход в работе.

Общие вопросы

Мануальный диагноз требует точной организации. У начинающего врача всегда возникает вопрос: с чего начать? Ориентировка для диагноза формирует панораму механики тела пациента. В процессе диагностики вы условно делите тело пациента на своего рода секторы или как бы помещаете на тело крупную сетку, а далее, используя серию тестов, будете определять наиболее проблемные области.

Никогда не следует концентрировать свое внимание на каком-то специфическом направлении, не имея для этого веских причин. Врач должен адаптироваться к пациенту и к тем находкам, которые будут выявляться в процессе диагностики, без формирования предвзятых суждений. Диагностическая ориентировка подобна ситу, которое удерживает только фундаментальные диагностические возможности.

Первая часть ориентировки для диагноза представлена клиническим механическим диагнозом. Это мануальное обследование пациента, быстрое и тщательное, имеющее следующие цели:

- Получение представления о физическом состоянии суставов пациента и общей механике.
- Составление списка локализаций дисфункций и областей дисбаланса во всем организме.
- Установление областей тела, которые больше всего дестабилизированы и причиняют наибольшие проблемы пациенту.
- Подготовка специфического диагноза, который будет строиться на выявленных элементах.

При данном виде обследования изучению должны быть подвергнуты все компоненты телесной механики.

- Скелетно-мышечная система.
- Висцеральная система.
- Краниосакральная система.

Быстрое обследование описано в соответствии с логикой физиологического движения, посистемно, элемент за элементом.

В завершение этого раздела, чтобы выполнять тесты с большей легкостью, я составил краткий обзор, резюме логики позиционирования, в соответствии с базовыми положениями тела - сидя, стоя, лежа на спине, дабы облегчить воспроизведение тестов.

Каждый врач может адаптировать эти тесты под себя, заменяя одни другими, не нарушая при этом системность и логику. Наиболее важны принципы и методы обследования. Для поиска проблем врач может сам выработать стандартную для

Нарциссическая личность

Нарциссическая (самовлюбленная) личность отличается завышенной самооценкой. Люди с таким типом личности не знают пределов своей самоуверенности, весьма самонадеянны. Они считают себя уникальными, и уверены, что все принадлежит им. Они беззаботны, легкомысленны. Для них не характерны сомнения, колебания и угрызения совести. Им нужно, чтобы все ими непременно восхищались, требуют постоянного к себе внимания, желают быть всеми признанными как исключительная личность и человек высшего ранга. Они четко различают лизоблюдов и подхалимов, которых презирают, и сильных, волевых личностей, к которым относятся с интересом. В первую очередь они всегда думают о себе. Они любят доминировать и быть у власти, нетерпимы к критике, а их манера вести себя отличается высокомерием и заносчивостью. Для них не характерно сострадание и понимание, они игнорируют чувства и переживания других людей.

Нарциссический тип личности встречается редко, и в основном у мужчин. Могут наблюдаться сексуальные проблемы в форме абстиненции. Если они терпят неудачу в гетеросексуальных связях, то проявляют тенденцию к гомосексуальности.

Позиция врача

Нарциссические личности охотно идут на консультации к хорошо известным врачам, дабы успокоить свою ипохондрическую тревогу. Это очень ранимые и требовательные пациенты. Имея с ними дело, тщательно соблюдайте формальности и традиции. Такие пациенты на приеме считают себя важнее вас, поэтому ожидают уважительного к себе отношения. Не опаздывайте на консультацию и всегда встречайте лично, но при этом не будьте слишком фамильярны. То, что может показаться вам малозначимой деталью, они могут воспринять как проявление неуважения. Не сдерживайте себя в комплиментах всякий раз, когда вы можете их высказать искренне, избегая при этом лести. Они воспринимают вас как интеллектуала, способного признать в них ценную личность. Они не будут пытаться впечатлить вас, но вы можете завоевать в их глазах большой авторитет, если по ходу дела сделаете положительное замечание в отношении их личности. Если вам требуется сделать критическое замечание, будьте точны в выражениях, подбирайте слова и не идите на необоснованный риск, если замечание не является критическим. Они способны изменить свое поведение, но не ожидайте от них перемен видения себя самих и окружающего мира. Даже если такие пациенты раздражают вас и совершенно невыносимы, не стоит им систематически возражать, а также унижать или ранить их самовлюбленность.

Будьте начеку, поскольку они могут манипулировать вами. Они обаятельны и пользуются этим, завораживая окружающих. Их шарм, уверенность и малая ценность остальных людей превращает их в опасных манипуляторов. Они всегда будут склонять окружающих к своей точке зрения.

Надо дать понять таким личностям, *что* вы будете терпеть с их стороны, а *что* — нет. Тогда они будут не так усердно пользоваться вашим терпением. Например предположим, что ваше расписание переполнено и следующего визита пациенту придется ждать больше обычного, и, если вы в угоду таким людям согласитесь принять их в офисе раньше, перенеся встречу с другими пациентами на более позднее время, можете себе представить, на что нарциссическая личность в лице такого человека пойдет в следующий раз. Идите на такую уступку, только если вы уверены, что сможете повторять ее при каждом последующем визите. И даже если вы пошли на это, не ожидайте признания с их стороны. Обладатели нарциссического характера никогда не чувствуют себя в долгу и не берут на себя обязательства, даже если вы оказали им услугу.

Глава 13. Ориентировка для мануального диагноза

Если вы не слышите шепот своего тела, скоро вы услышите его крик.

КИТАЙСКАЯ ПОСЛОВИЦА

В этом разделе я намереваюсь рассказать исключительно о рабочей канве и не собираюсь диктовать вам конкретный подход в работе.

Общие вопросы

Мануальный диагноз требует точной организации. У начинающего врача всегда возникает вопрос: с чего начать? Ориентировка для диагноза формирует панораму механики тела пациента. В процессе диагностики вы условно делите тело пациента на своего рода секторы или как бы помещаете на тело крупную сетку, а далее, используя серию тестов, будете определять наиболее проблемные области.

Никогда не следует концентрировать свое внимание на каком-то специфическом направлении, не имея для этого веских причин. Врач должен адаптироваться к пациенту и к тем находкам, которые будут выявляться в процессе диагностики, без формирования предвзятых суждений. Диагностическая ориентировка подобна ситу, которое удерживает только фундаментальные диагностические возможности.

Первая часть ориентировки для диагноза представлена клиническим механическим диагнозом. Это мануальное обследование пациента, быстрое и тщательное, имеющее следующие цели:

- Получение представления о физическом состоянии суставов пациента и общей механике.
- Составление списка локализаций дисфункций и областей дисбаланса во всем организме.
- Установление областей тела, которые больше всего дестабилизированы и причиняют наибольшие проблемы пациенту.
- Подготовка специфического диагноза, который будет строиться на выявленных элементах.

При данном виде обследования изучению должны быть подвергнуты все компоненты телесной механики.

- Скелетно-мышечная система.
- Висцеральная система.
- Краниосакральная система.

Быстрое обследование описано в соответствии с логикой физиологического движения, посистемно, элемент за элементом.

В завершение этого раздела, чтобы выполнять тесты с большей легкостью, я составил краткий обзор, резюме логики позиционирования, в соответствии с базовыми положениями тела - сидя, стоя, лежа на спине, дабы облегчить воспроизведение тестов.

Каждый врач может адаптировать эти тесты под себя, заменяя одни другими, не нарушая при этом системность и логику. Наиболее важны принципы и методы обследования. Для поиска проблем врач может сам выработать стандартную для

себя последовательность диагностических тестов. На этом этапе важно не пропустить само наличие дисфункции. Используемые тесты обычно носят двойственную природу - позволяют определить наличие или отсутствие патологии в механических структурах, задействованных в выполнении конкретного теста.

Чувствительность и специфичность

Чувствительность и специфичность являются индикаторами, которые можно выразить в процентах, которые определяют диагностическую ценность теста. *Чувствительность* - это вероятность того, что тест позволит выявить дисфункцию, будет положительным, если какие-либо механические элементы вовлечены в процесс.

Специфичность - вероятность того, что тест окажется отрицательным, если у пациента нет дисфункции в той или иной области, подвергаемой обследованию. Специфичность позволяет выявить здоровых пациентов. Усиление одного индикатора, как правило, ослабляет другой, т. е. если возрастает чувствительность, снижается специфичность, и наоборот. В зависимости от цели, на которую направлен тест, мы можем выделить его характеристику:

- Скрининговый тест в угоду чувствительности. Позволяет максимально определить наличие отклонений и пропускает лишь малую часть болезненных состояний и дисфункциональных элементов. Само собой разумеется, что вслед за скрининговым тестом в ход должны быть пущены более специфические тесты, которые позволяют подтвердить наличие проблемы, так как скрининговый тест не предназначен для постановки точного диагноза.
- Диагностический тест в угоду специфичности. Такая категория тестов позволяет нам подтвердить наличие дисфункции и точно определить ее характеристики.

Выслушивание

Диагностическая ориентировка

Различные виды выслушивания представляют собой тесты для общей ориентации в диагнозе. Они требуют мануальной - перцептивной - чувствительности и опыта. Если такие тесты хорошо понятны и адекватно выполняются, то превращаются в очень ценные и полезные диагностические инструменты. Они также позволяют нам проверить адекватность и эффективность лечения. Естественно, что, когда мы проводим коррекцию, реакция организма будет незамедлительной, что мы и сможем увидеть, применяя те же самые тесты для контроля изменений.

Общее и регионарное выслушивание - это тесты, в ходе которых наше внимание ориентировано на организм человека как единое целое. Они не нацелены на сегментарную оценку механики, а предназначены для общей оценки с использованием небольшого числа параметров. Наше *умственное внимание* должно быть как можно шире. Мы ищем только причину, вызывающую балансировку или разбалансировку человеческого тела как целого.

Основной интерес при выполнении этих тестов - определение *вероятного диагностического вектора*. Этот период ориентировки позволяет нам локализовать механические проблемы, наиболее значимые для организма. Этим знаменуется первая стадия, после которой следует уточнение характеристик проблемы, уточнение диагноза.

Вопросы, которые подлежат решению при выполнении общих тестов:

- Как пациент достигает равновесия?
- На какой стороне тела расположена наиболее дестабилизирующая дисфункция?
- Как и где дисбаланс проявляет себя? Какая часть организма видится вместилищем наибольшего дисбаланса?
- Есть ли натяжения, более выраженные сзади или спереди?

Это начальное выслушивание основывается на спонтанных реакциях пациента. Мы выполняем его прежде, чем переходим к тестированию механики в конкретных положениях тела. Механические тесты по своей природе более провоцирующие и моментально выводят из равновесия более глубоко расположенные ткани. Именно поэтому предпочтительно механические тесты выполнять во вторую очередь, после выслушивания, и использовать при этом базовые положения тела.

Примечание

Отдельные врачи, после многих лет практики преуспевали в получении весьма уточненной информации на основании общего и регионарного выслушивания. Я не стану говорить вам, что вы должны проводить выслушивание с большой осторожностью и крайне аккуратно продвигаться в этом искусстве далее. Правильнее сказать, что новичок должен пользоваться этим инструментом, задавая простые вопросы, что позволит получать на них простые ответы. И когда вы сможете уверенно полагаться на получаемую информацию, вы сможете задавать более сложные и тонкие вопросы и получать на них интересующие вас ответы.

Выслушивание выявляет дисбаланс в организме. Организм безошибочно показывает свои слабые места. Другое дело - прикосновение врача и интерпретация информации им самим.

Попытка быстро пройти все шаги при данном типе тестирования имеет серьезные последствия для построения диагноза и последующих событий.

Общее выслушивание

В ходе общего выслушивания мы определяем реакцию тканей пациента. Патологическое состояние тканей и механическая дисфункция дезорганизуют тканевое равновесие во всем теле, формируя новые оси движения и мотильности для различных механических структур. Тело уже притянuto в сторону дисфункции или фиксации. Наши руки остаются пассивными и должны собирать информацию, избегая ее непосредственной интерпретации. Как врачи, мы должны быть стабильны в такой степени, чтобы не передавать дисбаланс наших собственных тканей пациенту.

Тело в одно и то же время не может быть разбалансировано в нескольких фиксированных точках. Доминирующая дисфункция формирует относительно фиксированную точку, вокруг которой организм уже выстраивает свои механические компенсации. Это та самая точка, которая выявляется при выслушивании. За счет периферических адаптаций и механических компенсаций, которые формируют тело, доминирующая дисфункция существует длительное время, не претерпевая изменений. В ходе остеопатической консультации следует постараться определить, как пациенты демонстрируют нам свою патологию и как мы должны лечить их на основании полученных данных.

Выслушивание в положении стоя

Пациент находится в положении стоя, вы стоите позади него. Поместите одну свою руку на макушку, а другую - на область шейно-грудного перехода (рис. 13.1). Попросите пациента закрыть глаза, чтобы исключить любые визуальные ориентиры в этом положении тела. Теперь тело пациента готово выразить свои внутренние напряжения. Ткани переместятся в направлении наиболее «потревоженной» области тела, располагаясь в пределах одной механической плоскости. Ваша рука способна выявить этот дисбаланс. Обычно дисбаланс проявляет себя в первые секунды после того, как человек закрывает глаза. Это называется притяжением тканей; рука должна почувствовать это движение, чтобы потом его можно было интерпретировать. Не следует путать происходящее явление с поструральной реакцией, которая обычно намного больше по амплитуде.

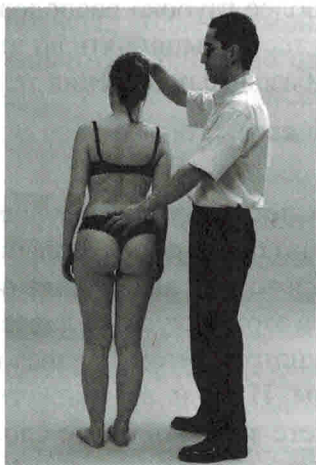


Рис. 13.1. Общее выслушивание в положении пациента стоя.

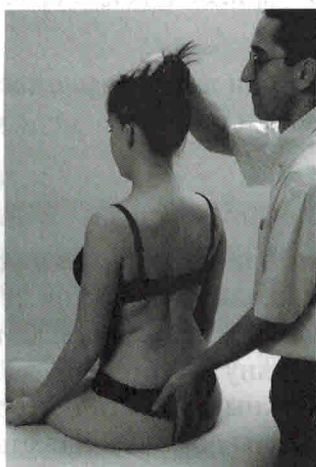


Рис. 13.2. Общее выслушивание в положении пациента сидя.

Выслушивание в положении сидя

Пациент находится в положении сидя, вы стоите позади него, одну руку поместив на макушку, другую - на область крестца (рис. 13.2). Процедура выполняется точно так же, как описано выше; пациент закрывает глаза, давая вам возможность уловить изменения путем выслушивания. Различие между выслушиванием стоя и сидя заключается в том, что вы исключаете из теста нижние конечности и их потенциальный дисбаланс.

Практический совет

Чтобы сделать выслушивание максимально эффективным, полезно адаптировать свое положение стоя к положению пациента. Всегда располагая себя с одной и той же стороны от пациента, вы будете одинаково размещать свои руки на теле пациента, а ваш взгляд всегда будет направленным из одной и той же точки. Ваши руки должны быть пассивны; они пытаются определить перемещение, усиливая его. Таким образом, вы не должны быть инициатором движения, вы должны слушать.

Ваши ум и интеллект должны молчать весь процесс восприятия. В этот период не место интерпретации, а место только притяжению, которое формируют ткани через ваши руки. Раскодирование информации проводится во вторую фазу.

Результаты глобального выслушивания

Глобальное выслушивание позволяет нам оценить механику тела относительно основных осей. Оно дает возможность набросать грубый эскиз, возможно, только обозначить места расположения механических дисфункций, которые имеют наибольшее влияние на момент проведения обследования. Мы определяем, находятся ли эти дисфункции на правой или левой стороне тела, спереди или сзади, а иногда относятся ли они к внутренним органам или краниосакральному механизму. Эта стадия диагноза только намечает пути, которые в последующем подлежат тщательному изучению и исследованию.

В случае *латеральной дисфункции* ткани оказываются «стянутыми», ограничивая свободу движений тела в форме латеральной флексии на стороне механической проблемы. Чем больше тенденция к латерофлексии, тем больше дисфункция удалена от срединной линии.

При выслушивании сидя выраженный боковой наклон, сходный с перекатом через седалищную кость, указывает либо на существенную соматическую дисфункцию, либо на последствия ортопедического оперативного вмешательства на нижней конечности на стороне вовлеченной седалищной кости.

Когда ткани реагируют в форме сгибабельного паттерна, проблема расположена больше впереди и часто имеет отношение к висцеральной системе. Чем больше тенденция к флексии, тем ниже расположение дисфункции.

Если в паттерне прослеживается экстензия, нарушение имеет Заднюю локализацию в теле, будучи часто расположена вдоль оси соматической системы.

- Когда дело касается позвоночной соматической дисфункции, последняя проявляется скорее как чистое задне-переднее перемещение головы и верхней части туловища.
- Дисфункции копчика формируют значительное движение, отчетливую тенденцию к тяге по направлению к бедрам, как будто бы задняя часть головы стремилась приблизиться к крестцу.
- Остерегайтесь быстрых заключений. В случае метаболических расстройств со стороны печени и почек мы также можем отметить парадоксальный ответ в форме разгибания.

Впечатление *притягиваия цефалической руки* направляет нас больше в сторону рестрикций продольно ориентированных структур организма. Чаще всего удается выйти на дисфункцию краниосакральной системы. Фиксация спинального отдела твердой мозговой оболочки, нервных корешков или периферических нервов также формирует подобное ощущение, часто комбинируемое с ощущением небольшой односторонней компрессии позвоночного столба.