

## Париетальная брюшина

Брюшина в значительной степени представляет собой наиболее сложную серозную оболочку. Ее висцеральная порция покрывает органы брюшной полости и образует такие структуры, как большой сальник и брыжейки, тогда как париетальная порция выстилает брюшную полость. Висцеральные манипуляции требуют способности достигать уровня париетальной брюшины и проводить ее лечение.

Спереди-снизу париетальная брюшина поддерживается срединной и медиальными пупочными связками (*«Висцеральные манипуляции»*, с. 181). Тонкая спереди, она утолщается сзади, особенно в поясничной области и выстилается субперитонеальным жировым слоем.

Часть брюшины, называемая мезотелием, секретирует серозную жидкость, улучшающую движение органов и скольжение париетального и висцерального слоев. Раздражение или инфекция способны значительно повысить секрецию этой жидкости, становящейся более вязкой. Как следствие могут быстро появиться спайки, иногда их формирование происходит в пределах нескольких часов.

Хирургические вмешательства часто являются причиной ограничений брюшины. Лапароскопия часто приводит к передним перитонеальным спайкам, располагающимся обычно на 3–4 см ниже пупка. Подобные спайки могут приводить к разнообразным проблемам, которые проявляются при наклоне пациента назад. Поскольку при этом движение пупка удаляется от лобка и происходит растяжение передней части брюшины, оно провоцирует боль в точке ограничения.

Подобные спайки часто являются причиной висцеральных механических нару-

шений, поскольку они нарушают скольжение между органами. В свою очередь, растяжение органов и связок вызывает местную боль и спазмы сосудов, ухудшая самочувствие пациента и заставляя его искать лечение. Ввиду отсутствия объективных признаков, симптом рассматривается как субъективный, а пациент – гипохондрик. Нами был обнаружен такой пациент, жаловавшийся на острую абдоминальную боль во время пищеварения. Посмертное вскрытие (в котором я принимал участие) показало множественные абдоминальные спайки, которые могли нарушать сосудистый кровоток и транзит по кишечнику.

## Диагностика ограничений

Пальцами невозможно отличить большой сальник от передней париетальной брюшины, обе структуры располагаются непосредственно под абдоминальными мышцами. Они простираются как материя, и для их тестирования необходимо выбрать две точки давления, одна из которых будет служить точкой фиксации, а другая даст вам возможность растянуть брюшину и оценить ее эластичность. Чтобы избежать мышечных сокращений, следует вначале избирать точки давления на пересечении мышц.

Спереди такие точки давления находятся вдоль наружных краев прямой мышцы живота, непосредственно под реберными прикреплениями абдоминальных мышц, вдоль срединной линии и паховой связки и вокруг пупка. Латерально, такие точки находятся в треугольной области, ограниченной передним краем широчайшей мышцы спины, задним краем наружной косой мышцы живота и гребнем подвздошной кости. Задние точки располагаются в треугольнике Гринфельта (Grinfelt's triangle),

известном как пространство Лессгафта (Lesshaft's space), ограниченном сверху R12 и задней зубчатой мышцей, сзади – квадратной мышцей поясницы и спереди – задним краем внутренней косой мышцы живота.

## ПРОСЛУШИВАНИЕ

В данном случае также может использоваться локальное прослушивание. Чтобы прослушать переднюю брюшину и большой сальник, положите два указательных и два больших пальца, соответственно, на верхне-латеральный и нижне-латеральный аспект прямой мышцы живота и сфокусируйтесь на передней части туловища. Для прослушивания латеральной части брюшины большие и указательные пальцы располагаются аналогичным образом, а мизинцы отстоят как можно латеральное. Чтобы прослушать заднюю часть брюшины, средние пальцы размещаются латерально у поперечных отростков L3, а остальная кисть находится на задне-латеральной поверхности туловища, если кисть достаточно большая, можно сразу прослушать всю брюшину, не меняя положения рук. Локальное прослушивание выполняется так, как описано в Главе 1, то есть кисти и разум пассивны и притягивают тело пациента. Возможные «брюшные» проблемы обычно локализуются по «углам» коробки, образованной вашими руками (например, правый верхне-латеральный угол – это прямая мышца живота). Всегда слушайте брюшину после выполнения других техник.

## ТЕСТ РАСТЯЖИМОСТИ

Этот тест включает фиксирование одного участка брюшины одной рукой и растяжения брюшины другой, пытаясь исключить любое мышечное участие работой между двумя мышцами или двумя слоями мышц. Техника может выполняться

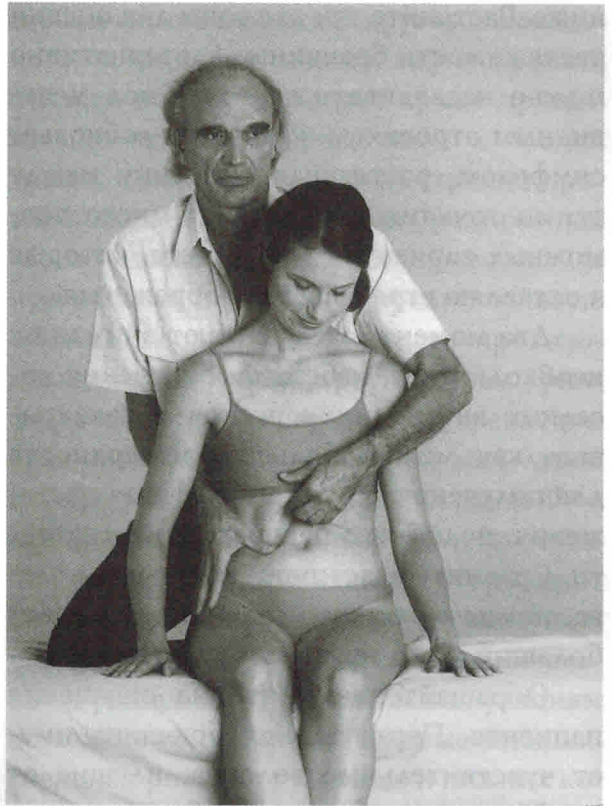


Иллюстрация 2-2

*Тест растяжимости брюшины (сидя)*

.....  
 ся либо в положении пациента сидя (илл. 2-2), либо лежа на спине.

Для передне-верхнего теста положите пальцы левой руки на левый верхне-латеральный край прямой мышцы живота и немного подтолкните их дорзально. Пальцы правой руки симметрично располагаются на правом верхнелатеральном крае той же мышцы. Далее либо отодвигайте одну руку от другой (той, которая осуществляет фиксацию), либо смещайте обе руки друг от друга, растягивая брюшину. Старайтесь избегать какого-либо участия тонкой кишки, исключая слишком сильное давление кзади.

Возможна другая разновидность теста: оставьте пальцы левой руки в верхнем положении как указано выше, и положите правую кисть на нижне-латеральный край прямой мышцы живота около илеоцекального соединения или

ниже. Растяните эти две зоны для оценки растяжимости брюшины. Альтернативно можно надавливать на точку под мечевидным отростком и точку за лобковым симфизом, растягивая брюшину между этими точками. Существует много возможных вариантов этого теста, которые я оставляю игре вашего воображения.

Два момента заслуживают внимания: необходимость избегать вовлечения соседних внутренних органов и захватывать как можно большую поверхность для получения истинного эффекта растяжения, подобного расправлению скатерти. Сравните эластичность справа и слева, помня о том, что сальник покрывает большой абдоминальный участок слева.

Обращайте внимание на ощущения пациента. Париетальная брюшина имеет чувствительные волокна, идущие от диафрагмального нерва, блуждающего нерва и поясничного сплетения; растяжение не должно быть болезненным. Часто боль является показателем ограничения. Иногда у пациента возникает чувствительность на более глубоких уровнях, что указывает на зоны спаек других складок брюшины (например, мезоколона, брыжейки, малого сальника).

Тестирование этих складок аналогично тестированию внутренних органов, для которых они служат перегородками и поддержкой.

### ТЕСТ МОТИЛЬНОСТИ

Тесты мотильности брюшины могут выполняться в положении пациента на спине с согнутыми ногами или сидя. В положении на спине (илл. 2-3) плоско положите обе кисти с разведенными пальцами по обе стороны от срединной линии. Работает только вес рук, дайте им возможность слушать. Когда брюшина свободна от спаек и ограничений, кисти будут выполнять легкую супинацию, как будто большие пальцы поднимаются от тела, а гороховидные косточки давят на живот. В случае спаек или ограничений ладонь движется к пораженной области.

Диагностика поражений, находящихся более глубоко, требует большего давления рук. Если вы считаете, что обнаружили перитонеальное ограничение, усильте давление. Возвращение теста мотильности к норме подтверждает относительно поверхностную локализацию ограничения. Отсутствие возврата к норме позволит предположить висцераль-

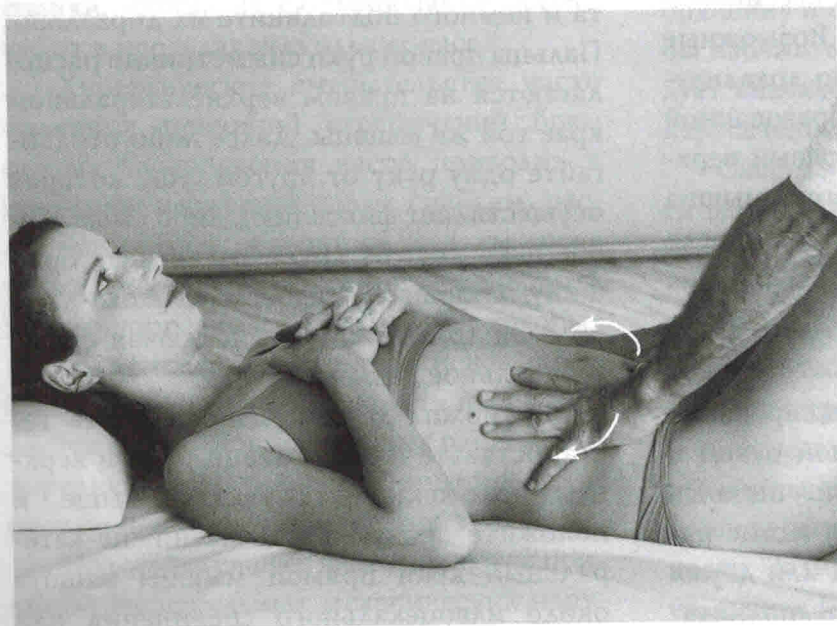


Иллюстрация 2-3

Тест мотильности брюшины (лежа на спине)

ное участие, обычно тонкой или толстой кишки.

В другом варианте этого теста пациент сидит, свесив ноги с кушетки. Положите руки большими пальцами сзади на треугольник Гринфельта и остальными пальцами на латеральные части живота, не захватывая ребер. Преимущество данной техники состоит в возможности охватить пальцами значительную часть живота; а ее недостаток состоит в относительной неточности ввиду определенной несбалансированности и подвижности положения пациента. Таким образом, этот вариант теста мотильности утрачивает специфичность. При наличии ограничения вы ощутите цилиндр, вокруг которого ротируется живот. Соединяйте этот тест с вариантом положения пациента лежа на спине.

## Лечение

Прямая лечебная техника в положении пациента на спине состоит из освобождения зафиксированных участков, определенных диагностическими тестами с использованием растяжения одной или двумя руками. Например, в случае

ограничения сальника вокруг илеоцекального соединения можно зафиксировать область под латеральным краем прямой мышцы живота, обращенным к слепой кишке, и использовать симметрично противоположную точку для растяжения. Можно также зафиксировать илеоцекальную область и растянуть правую паховую область. Можно даже создать противодействие на уровне треугольника Гринфельта на подреберном прикреплении брюшины спереди от правой или левой диафрагмально-ободочной связки, либо в любой другой подходящей области. Лечение состоит из ритмичных, осторожных, повторяющихся растяжений до наступления расслабления тканей. Дополнительно к указанным прямым манипуляциям возможно выполнить непрямые техники, соединяя ротации туловища и нижних конечностей.

В качестве общего правила сначала постарайтесь растянуть поверхностные слои живота. Слишком часто я вижу, как студенты сразу стараются погрузить пальцы вглубь, освобождая сагитально направленные глубокие перитонеальные ограничения, игнорируя поверхностные ограничения. Устранение глубокого огра-

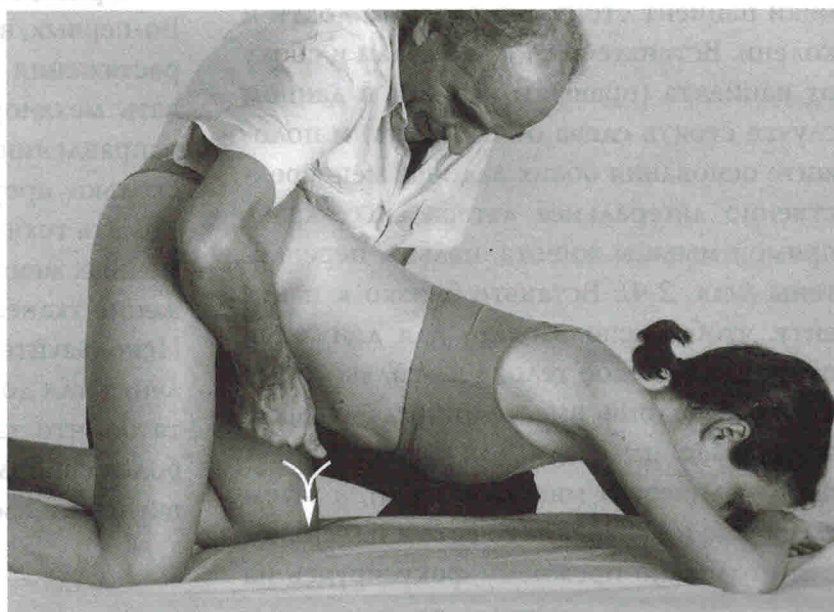


Иллюстрация 2-4

*Растяжение брюшины  
(положение на локтях и  
коленях)*

ничения может не оказать никакого влияния на поверхностные ограничения.

Вариант этой техники выполняется в положении пациента сидя, пальцы рук сплетены за головой. Давайте вновь предположим, что ограничение локализуется около илеоцекального соединения. Держа пациента за локти, вы приводите его в положение заднего наклона, левого латерального наклона и правой ротации. Свободной рукой фиксируйте илеоцекальную зону для увеличения растяжения.

Как отмечалось выше, передняя и задняя порции большого сальника прикрепляются соответственно к желудку и поперечно-ободочной кишке. Для мобилизации сальника можно использовать мобилизацию этих двух внутренних органов. Выбирая точки надавливания медиальнее флексур толстой кишки (то есть печеночной и селезеночной), поднимите медиальные части флексур латерально-вверх. Если давление не чрезмерно, вам удастся избежать воздействия на толстую кишку. В конце движения наклоните пациента назад. Ввиду значительной природной мобильности поперечно-ободочная кишка оказывается слегка задействованной в этой технике.

При третьем варианте прямой техники пациент стоит, опираясь на локти и колени. Встаньте несколько сзади и сбоку от пациента (правшам удобнее в данном случае стоять слева от пациента) и положите основания обеих ладоней непосредственно латеральнее латеральных краев прямой мышцы живота, пальцы переплетены (илл. 2-4). Встаньте близко к пациенту, чтобы использовать для движения пациента все свое тело, а не только руки. Сводите ладони вместе (иногда сначала подтягивая их кзади для захвата большего количества мягких тканей), а затем смещайте их кпереди (то есть к поверхности стола), по-прежнему фокусируясь на

ограничениях. Техника растягивает кожу, брюшину и тонкую кишку. Ввиду большой амплитуды растяжения она воздействует на латеральную, заднюю, равно как и на переднюю часть брюшины и повышает эффективность техники. Можно избирательно фокусироваться на передней, латеральной или задней части в зависимости от локализации и направления ограничения. Полезным часто оказывается использование техники отдачи в начале и конце описанного лечения.

Несмотря на то, что манипуляции обеих почек воздействуют на заднюю париетальную брюшину, трудно добиться одновременной мобилизации. Чтобы устранить задние париетальные ограничения, я использую растяжение поясничной мышцы, диафрагмы, нижних ребер, области верхних поясничных и нижних грудных позвонков. Последние часто находятся в состоянии ограничения, и растяжение не всегда оказывается достаточным. Может появиться необходимость использования прямого траста для устранения задних перитонеальных ограничений.

## ИНДУКЦИЯ БРЮШИНЫ-САЛЬНИКА

Принцип этой техники всегда тот же. Во-первых, выполнить некоторые прямые растяжения области, чтобы стимулировать механорецепторы. Затем следуют в направлении теста прослушивания, несколько преувеличивая движение.

Эта техника очень подходит для беременных женщин. Она освобождает напряжение тканей, которые постоянно сжаты. Используйте положение на локтях и коленях для достижения наилучших результатов, что также помогает ребенку быть более свободным в пространстве, в предвкушении свободы вне матки!

## Диагностика

### ОБЩЕЕ ПРОСЛУШИВАНИЕ

При кишечных нарушениях пациент всегда наклоняется вперед при незначительных различиях в зависимости от локализации проблемы. При дисфункциях на уровне флексур дополнительное движение представлено практически чистым боковым наклоном, тогда как при локализации проблем в области восходящей и нисходящей кишок превалирует наклон вперед, останавливающийся на уровне ограничения, за которым следует боковой наклон. При дисфункции печеночной флексуры движение прекращается незначительной правой ротацией, при дисфункции селезеночной флексуры – левой ротацией. При поперечно-ободочных и верхних тоще-подвздошных нарушениях присутствует наклон вперед, обычно с незначительной левой ротацией при вовлечении тоще-подвздошного сегмента. При вовлечении нижних отделов тоще-подвздошного сегмента степень переднего наклона больше и сходна с наклоном при ограничениях мочевого пузыря.

### ЛОКАЛЬНОЕ ПРОСЛУШИВАНИЕ

В этом разделе я дам краткий обзор результатов, которые вы можете ожидать от дифференциальной диагностики методом локального прослушивания. Возможности этой техники потребуют сотен часов клинической практики с подтверждением вашего диагноза другими методами исследования.

В положении пациента лежа на спине, положите руку плоско на живот, средний палец по срединной линии, основание ладони – сразу над пупком (илл. 8-1). При проблемах **печеночной флексуры** (стрелка 1) кисть движется по косой вверх и вправо в направлении флексуры. При нарушениях на уровне **восходящей кишки** (стрелка 2) кисть движется латерально вправо, затем совершает пронацию; указательный палец направлен вверх и находится на проекции восходящей кишки. При проблемах **нисходящей порции** двенадцатиперстной кишки пронация кисти происходит немедленно, указательный палец и возвышение большого пальца оказываются на линии, параллельной и расположенной на два пальца правее срединной линии. При повреждениях

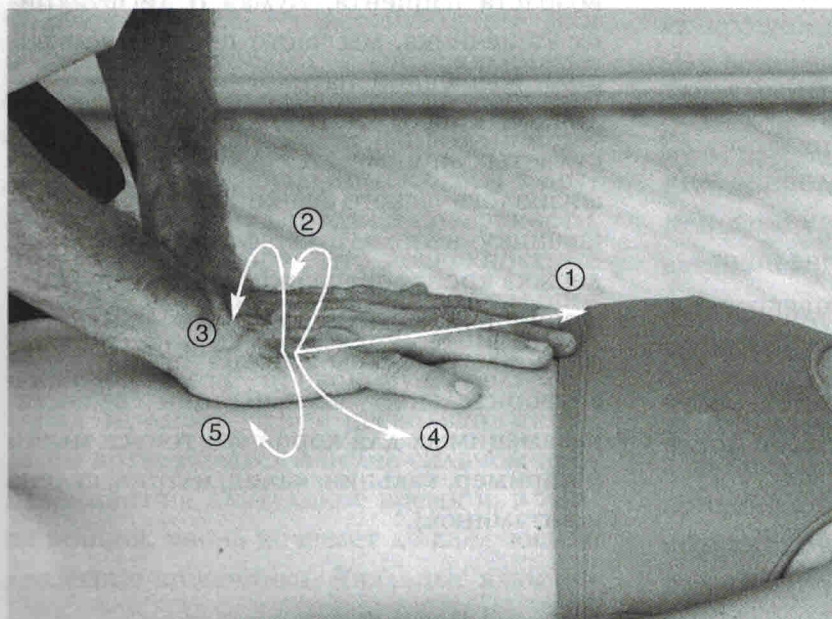


Иллюстрация 8-1

Локальная дифференциальная диагностика: ободочная кишка

1. Печеночная флексура
2. Восходящая кишка
3. Слепая кишка
4. Селезеночная флексура
5. Деудено-еюнальная флексура

**правой почки** основание кисти движется вправо от пупка над нижним полюсом почки. Проблемы **слепой кишки** (*стрелка 3*) заставляют возвышение большого пальца смещаться в направлении правой передней верхней подвздошной ости и совершать пронацию, обращаясь к слепой кишке.

При проблемах **селезеночной флексуры** (*стрелка 4*) движение симметрично движению при проблемах печеночной флексуры. В конце движения ульнарный край кисти находится на крайней латеральной части левой половины грудной клетки. Для сравнения, желудок при прослушивании обнаруживается более центрально. При нарушениях **дуодено-еюнальной флексуры** (*стрелка 5*) основание ладони движется к точке, расположенной на 2–3 пальца выше пупка на левой срединно-ключично-пупочной линии. При проблемах **нисходящей кишки** возвышение большого пальца движется латерально в этом направлении и ротируется на ульнарном крае при приближении.

При проблемах **ректо-сигмовидного сегмента** основание кисти движется к левой передней верхней подвздошной ости и, в конце движения, немного наклоняется вправо.

При проблемах **тоще-подвздошного сегмента** кисть может двигаться влево или вправо в зависимости от конкретной локализации. Если поражен весь тоще-подвздошный сегмент, кисть уходит немного вглубь, а пальцы расходятся. Поскольку орган достаточно большой и мобильный, локальное прослушивание достаточно сложно и требует длительной практики. При нарушениях **мочевыводящих путей и репродуктивных органов** основание ладони сохраняет свое положение на срединной линии и смещается непосредственно вниз к лобковому симфизу.

## ИНГИБИЦИЯ

Предположим, что при локальном прослушивании кисть движется к правому реберному краю, и вы сомневаетесь между диагностикой проблемы желчного пузыря и печеночной флексуры. Создайте точку ингибиции на проекции желчного пузыря. Если рука продолжает притягиваться печеночной флексурой, следует предположить проблему этой области.

Ввиду наложения кишечника на большое количество органов существует бесчисленное множество возможностей использования техники ингибиции, которое я оставляю вашему воображению. В предшествующих главах приведено достаточно примеров, а принцип остается неизменным.

## ОТДАЧА

Чувствительность к начальной пальпации указывает на локализацию проблемы в самом органе, боль при отдаче предполагает поражение связочных или перитонеальных прикреплений. Хирургами эта техника используется для диагностики аппендицита.

При проблемах ободочной кишки орган при пальпации чувствителен или даже болезнен. Он может быть спазмирован или растянут газом. Сначала проведите ритмичную мобилизацию для снятия спазма. Выполните технику отдачи растяжением перитонеальных прикреплений в поперечном направлении и быстрым устранением контакта. Чувствительность при выполнении этой техники указывает на необходимость манипуляции фасции Тольдта.

Дискомфорт при глубоком вдохе может отражать проблему отдельных сегментов кишечника (при их компрессии), тогда как дискомфорт, сопровождающий глубокий вдох, с большей вероятностью

свидетельствует о проблеме прикреплений (их растяжении).

## РЕКТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

В книге «Висцеральные манипуляции» (с. 214) мы описывали тесты мобильности для крестцово-копчиковой области с использованием ректального подхода. Ректальное исследование может использоваться в остеопатической диагностике для выявления других клинических симптомов. Пятьдесят пять процентов аденом обнаруживаются в ректо-сигмовидном сегменте, а 50% раков прямой кишки находятся в пределах достижимости указательного пальца. Эти формы рака составляют 10% всех раковых заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Процедура должна быть безболезненной. В норме стенки прямой кишки морщинистые и мягкие. Смещая указательный палец в направлении лобкового симфиза, можно почувствовать предстательную железу или семенные пузырьки у мужчин или шейку или основание мочевого пузыря у женщин. При ретроверсии матки шейка может пальпироваться непосредственно перед прямой кишкой. Ни простата, ни шейка не должны быть чувствительными. Ректальное исследование может оказаться полезным при диагностике воспалений матки, маточных труб, яичников или брюшины. Узелки в Дугласовом пространстве (перитонеальном мешке, в норме лежащем кзади от матки и кпереди от прямой кишки) могут указывать на перитонеальные метастазы.

Исследование также может выявить:

- анальную или перитонеальную эрозию (при которой введение пальца вызывает сильную боль)
- геморроидальные набухания, которые могут быть более или менее уплотнены
- отверстие свища

- ректальные опухоли
- уплотнение стенок, которое в сочетании с набуханиями, прорастанием, кровоточивостью или наличием болезненных уплотненных изъязвлений может указывать на рак ануса или ампулы
- ректальное сморщивание с максимальным анальным диаметром 5–6 см (состояние может быть врожденным, посттравматическим, воспалительным, являться следствием опухоли стенки или внешнего сдавления соседствующей опухолью)
- если на перчатке остаются каловые массы, проверьте наличие следов крови, возможно дегтеобразного вида или одновременного присутствия крови и гноя (что может указывать на воспаление прямой или сигмовидной кишки).

## АССОЦИИРОВАННЫЕ СКЕЛЕТНЫЕ ОГРАНИЧЕНИЯ

### *Боль в спине*

Боль в спине, связанная с кишечником, локализуется, главным образом, в верхней поясничной области и может возникать и исчезать в зависимости от пищеварительной активности. Из всех внутренних органов кишечник более других ассоциируется с острой или хронической поясничной болью. Гладкая мускулатура кишечника может оставаться спазмированной на протяжении многих часов, а затем расслабиться без видимой причины. При подобных нарушениях подвздошной кишки становится более чувствительным соответствующий отдел спинного мозга. Снижается порог поясничных паравертебральных мышц, т.е. они приобретают тенденцию к легкому сокращению. Острая поясничная боль может возникнуть даже при незначительном усилии. Наш клинический опыт показывает, что провоциру-



ющим фактором может явиться ситуация, когда пациент говорит: «Я поднял спичку с пола». Тем не менее, врачи традиционной медицины часто связывают этот тип боли с физическим усилием и выписывают нестероидные противовоспалительные препараты. Эти лекарства раздражают слизистую кишечника и запускают порочный круг, который объясняет стойкую поясничную боль в отсутствие объективных признаков заболевания диска.

Крестцово-подвздошный сустав для тела как «мусорное ведро», ограничен слева когда есть проблема с нисходящей ободочной или сигмовидной кишкой, и справа, когда есть проблемы со слепой кишкой и восходящей ободочной кишкой.

### *Ишиас*

В главе 9 речь пойдет об этиологии правостороннего и левостороннего ишиаса. Левый ишиас имеет сосудистый компонент и часто сопровождается проблемами венозного кровотока, поражающими ректо-сигмовидный сегмент и левую нижнюю конечность. Мы полагаем, что при этом состоянии зависящие от непарной системы эпидуральные вены расширены и сужают межпозвоночные отверстия. Могут сказать, что ишиас нарушает венозный кровоток, поскольку дисфункция корешка нерва предполагает общий циркуляторный дисбаланс. В целях дифференциальной диагностики я предлагаю провести тест Ласега при ингибиции и задне-верхнем давлении ректо-сигмовидной области. Увеличение подъема ноги на 30% подтверждает наличие кишечных и, возможно, сосудистых проблем.

Правый ишиас чаще имеет механическую природу и возникает обычно вследствие аномально высокого напряжения перитонеальных прикреплений илеоцекального соединения. Протестируйте поясничную мышцу, состояние спазма или

ретракции с большой долей вероятности свидетельствует о механической природе нарушения. Используйте тест Ласега при смещении слепой кишки кзади-кверху и несколько медиально. И вновь выраженное улучшение движения (более 30%) предполагает кишечные проблемы.

### *Нижние конечности*

Практически во всех описаниях кишечных патологий (мы затронули лишь небольшую часть) упоминается суставная боль нижних конечностей. Эту связь можно объяснить аномальной механической стимуляцией бедренного нерва или наличием цепей поражений (см. главу 1) фасций, непрерывных на протяжении ободочной кишки, слепой кишки, крестцово-подвздошной области, поясничной мышцы, илио-тибиального тракта и нижних конечностей. Хронические проблемы ободочной кишки часто сопровождаются онемением бедер, варьирующимся по интенсивности в зависимости от ритма и дискомфорта ободочной кишки.

Продуманно задавайте вопросы и собирайте анамнез. Некоторые пациенты за симптомами кишечника не замечают других, к которым могут относиться язвы, дисфункции почек или (в данном контексте) суставная боль.

Существует два типа суставных проблем: рефлекторные и механические. При рефлекторном типе аномальная стимуляция нервов вызывает спазмы и раздражение синовиальной оболочки или капсулы коленного сустава (которое иннервируется ветвью бедренно-полового нерва). Нормальный кровоток и питание хрящей коленного сустава через окружающие ткани могут нарушаться, приводя к болезненности капсулы. Механический тип характеризуется дисбалансом фасциальных напряжений, приводящим к аномальному сокращению мышц, что, в свою очередь,