

Предисловие	5
Введение к первому изданию	8
Введение к второму изданию	12
Глава 1. Даем ли мы нашим пациентам все, на что способна остеопатия?.....	14
Глава 2. Неонатальные краниальные повреждения	18
Глава 3. Применение краниальной концепции в лечении некоторых случаев заболеваний глаз.....	24
Глава 4. Краниальное лечение новорожденного	28
Глава 5. Экстренное краниальное лечение новорожденного	32
Глава 6. Рефлексы	43
Глава 7. Первые краниальные рассуждения	51
Глава 8. Затылочно-крестцовый синдром	67
Глава 9. Из-за того, что сгибается росток.....	76
Глава 10. Нэнси.....	79
Глава 11. Краниовертебральное сочленение	81
Глава 12. Через основание черепа.....	88
Глава 13. Краниальные опоры с манипулятивной точки зрения.....	95
Глава 14. Ребенок — единое целое	112
Глава 15. Динамика спинномозговой жидкости.....	122

Глава 16. Краниоцервикальная область.....	136
Глава 17. Церебральный паралич.....	155
Глава 18. Влияние сил матки на плод.....	166
Глава 19. Проблемы людей-инвалидов.....	192
Глава 20. Значение трудотерапии и остеопатической терапии в реабилитации больных церебральным параличом.....	203
Глава 21. Субклинические признаки травмы.....	231
Глава 22. «Сколиоз головы».....	249
Глава 23. Анатомические заметки и схемы.....	260
Глава 24. Технические заметки.....	312
Глава 25. Рефлексы Чепмена.....	330

Глава 13

Краниальные опоры
и манипулятивной точки зренияСуставы — напряженные полосы —
контрфорс

Название оригинальной статьи — «Cranial Reinforcements from a Manipulative Point of View», данная лекция была прочитана на заседании педиатрической лекционной группы в рамках 52-го ежегодного съезда Американской остеопатической ассоциации, г. Бостон, 1948 г.

Статья была опубликована в Журнале Американской остеопатической ассоциации в ноябре 1949 г.

Рождение является серьезным испытанием для механики человеческого организма, и вызванные им травмы оставляют в человеке следы различной степени. В течение девяти месяцев внутриутробной жизни скорость роста плода во много раз превышает скорость роста младенца в послеродовой период. Центральная нервная система наименее развита при рождении, а новорожденный является абсолютно беспомощным и полностью зависит от тех людей, которые о нем заботятся. Центральная нервная система расположена в краниовертебральной полости, которая при рождении является незрелой.

Многие факторы способствуют возникновению повреждений у новорожденных задолго до родов (наследственность, здоровье и поведение матери), а также делают доношенный плод более или менее готовым к родам. Несомненно, что не все доношенные младенцы оказываются способны выдержать и полностью преодолеть последствия родов.

Следует также учитывать состояние здоровья матери, наличие асимметрий в ее черепе и их влияние на гипофиз и гормональный баланс, нарушение которого приводит

Краниальные опоры манипулятивной точки зрения

к последствиям на химическом уровне; различные повреждения позвоночника, вызывающие нарушения кровообращения и нервного снабжения матки и придатков; изменения при разрыве позвонка и таза — костной опоры структур, являющихся колыбелью растущего мозга; а также изменения в структуре тазового отдела. Каждый из этих параметров сам по себе является темой для целой статьи. В этой главе рассматриваются разные случаи у плодов и новорожденных и возможные повреждения центральной нервной системы.

Вскоре после первых трех недель эмбриональной жизни на быстро растущем окончании позвоночного канала формируются три первичных пузырька, которые представляют собой будущие передний, средний и задний отделы головного мозга. К шестой неделе мозг разделен на пять четко выраженных отделов. Мезодерма, из которой происходит мозговая оболочка (нейрочереп) является защитной оболочкой мозга и сначала располагается вокруг расширяющегося позвоночного канала, как мембрана — «*meninx primavita*».

Эта мембрана, покрывающая растущий мозг, делится на внутренний слой — эндоменингеальный, и наружный слой — эктоменингеальный. Согласно Гамильтону (1), примерно в то время, когда сосудистые сплетения начинают секретировать спинномозговую жидкость, эндоменингеальная оболочка разделяется на мягкую мозговую оболочку, которая очень плотно покрывает мозг, погружаясь во все его щели при развитии извилин, и на паутинную оболочку, которая соединяет все эти вырезки, обеспечивая таким образом пространство для спинномозговой жидкости. Эктоменингеальная оболочка, выполняющая роль поддерживающей структуры мозга на разных этапах его развития и созревания, разделяется на внутренний слой, который становится твердой мозговой оболочкой, и на внешний поверхностный слой — мембрану, в которой будет формироваться структура костей. В первые дни представления своей краниальной теории Уильям Сатерленд говорил о «*dura mater*» (твердой мозговой оболочке) и «*dura pater*». Следует всегда помнить о развитии и взаимосвязи структур, происходящих из разделения мембраны «*meninx primavita*».

Головной мозг очень быстро изменяется. Пузырьки конечного мозга, которые сформируют полушария головного мозга, сначала растут вперед, а затем, благодаря окружающим мембранам, их рост направляется кверху и кзади. Внутренние поверхности быстро растущих полушарий головного мозга разделены мезенхимальной тканью, позже образующую серп головного мозга. Развитие полушарий головного мозга продолжается до тех пор, пока каудальные окончания не покроют мозжечок, от которого их будет отделять серп мозжечка. Эти дуральные

изгибам четко различаются примерно на восьмой неделе. Во время непрерывного роста черепной коробкой можно обнаружить боковые впадины, стремящиеся закрыть островковую долю, впадиной продолжается книзу и впереди, чтобы закрыть височные доли. При рождении впадины являются небольшими и нечетко выраженными. Формирование оболочек только начинается, и самые большие извилины уже расположены на своем месте. Наиболее важное развитие неокортекса происходит в послеродовой период.

К шестой неделе хорда уже хорошо сформирована (2). Это поддерживающее волокнисто-эластичное единство, образованное из аксиально расположенных клеток, тесно связанных с остальной массой мезодермы и занимающих вентральное положение относительно развивающейся нервной системы.

Скелетическое окончание хорды, которая в это время соприкасается с инфундибулярным отростком, образованным в дне промежуточного мозга, регрессирует по мере того, как слепое расширение кармана Ратке удлиняется, чтобы приблизиться к инфундибулярному отростку примерно на шестой неделе. К концу второго месяца первичная мезенхима основания черепа окружает остальную часть хорды на уровне начала позвоночника. Центр каждого тела позвонка образован из хорды, так же как и базилярная часть затылочной кости и тело клиновидной кости, хотя на уровне сфенобазиллярного симфиза хордовая зона расположена не в центре, а почти вентрально. Таким образом, самый первый признак формирования черепа — это концентрация мезенхимы вокруг зоны хорды, и вместе с ростральным удлинением этой мезенхимы формируется дно, поддерживающее развивающийся мозг.

Подобно тому, как защитные мембраны в значительной степени управляют ростом развивающегося мозга, сам мозг оказывает влияние на развитие костного черепа. Согласно Мюррелю (3), окостенение сначала происходит в областях наибольшего давления.

Мюррели (4) очень подробно описывает трабекулы костной сети, развивающейся в соединительной ткани мембранного нейрокраниума. Эта сеть завершается в строго определенных направлениях, образуя композитную кость. В лобных костях этот процесс начинается с боковых краев, очень близко к надглазничной мышце — первой ткани, которая уплотняется в этой области. Таким образом, в этой боковой области происходит давление или сопротивление снаружи, в то время как изнутри создается давление из-за быстрого роста мозговых пузырьков, и со второго месяца появляются первые костные трабекулы по краям лобных костей.

Краниальные опоры манипулятивной точки зрения

Основная и добавочная сеть объединяются, чтобы сойтись в центральной точке формирующейся кости; эта точка становится центром притяжения, который порождает большую пластичность и сопротивление и изгибается как конус, в то время как боковые части растягиваются и расширяются.

Лобные, теменные и затылочная кости на ранних стадиях развития настолько мало выпуклы, что являются почти плоскими. Однако выпуклость увеличивается после того, как стабилизируется возвышение этих пяти костей после третьего месяца, достигая своего максимума около седьмого месяца. На этой стадии череп временно имеет пятиугольную форму. Первоначальные возвышения теменных костей сохраняются в эллипсо-яйцевидной форме черепе с седьмого месяца до рождения, а во время внеутробной жизни эти кости продолжают развивать выпуклую форму. Согласно Сержи (4), сохранение любой пятиугольной формы черепа взрослого человека является результатом неполного его развития.

Эндоменингеальная оболочка, окружающая полушария головного мозга, не превращается в хрящ, как это происходит с оболочкой мозга ниже этой области: следовательно, центры эндохондрального и эндомембранозного окостенения развиваются одновременно. Важным этапом является прикрепление палатки внутри черепа, там, где кости хрящевого происхождения переходят в кости мембранного происхождения.

В момент родов основание черепа состоит из нескольких костных частей, а свод образован из очень тонких костей, разделенных мембранными швами и обеспечивающих очень слабую защиту головному мозгу. Подобно тому, как количество костей черепа уменьшалось в ходе эволюции позвоночных количество частей краниальных костей у человека уменьшается по мере его созревания. Очень многие нарушения возникают из-за разных дисбалансов на протяжении раннего периода развития.

На этом этапе мембраны твердой мозговой оболочки выполняют функцию защиты развивающегося мозга. В прошлом различные авторы писали про их сложную структуру и некоторые ее аспекты. Эти мембраны являются важнейшей частью остеопатической краниальной концепции, которую подарил нашей профессии Сатерленд (5). Несмотря на то, что в литературе часто упоминаются дуральные мембраны, имеется очень мало данных, касающихся их эмбриологического и гистологического развития по сравнению с обилием подобной информации для других отделов человеческого организма. В Филадельфийском колледже

патологической медицины проводились длительные исследования с целью углубленного изучения разных функций этих мембран.

Внешняя мозговая оболочка черепа имеет два слоя; внешний слой, который служит надкостницей для внутренней поверхности костей черепа, соединен с перикраниумом шовными связками. Во взрослом черепе эти мембраны легко отделяются от костного свода, кроме швов. Они прочно прикреплены к основанию и к определенным областям, таким как петушиный гребень решетчатой кости, клиновидный и каменистый гребни и края спинки седла, базиллярная борозда и большое затылочное отверстие. В черепе младенца чрезвычайно трудно отделить эти мембраны от развивающихся костей.

Внутренний слой краниальной твердой мозговой оболочки гладкий; она окружает мозг, покрытый мягкой и паутинной оболочками, и имеет четыре дубликатуры, одной из функций которых является удерживание на месте, а другой — обеспечение движения одной части мозга относительно другой. Самая большая из этих дубликатур — это серп мозга — серповидная мембрана, расположенная в борозде, разделяющей полушария головного мозга. Его изогнутый верхний край прикрепляется к средней линии черепа, начиная от слепого отверстия, и идет вдоль лобного гребня до каждой губы сагиттальной бороздки, заканчиваясь над внутренним затылочным бугром. По всей длине этого прикрепления два слоя серпа разделены и образуют стенки верхнего сагиттального синуса. Нижний край серпа может быть разделен на три части. Спереди расположено узкое и очень прочное прикрепление к петушине гребню решетчатой кости. Затем имеется вогнутый свободный край, который тянется над мозолистым телом и содержит нижний сагиттальный синус. Третья часть этого нижнего края — это его широкое прикрепление к верхней части палатки мозжечка. Эта область большого сопротивления известна как «белая линия», а ее дуальные слои содержат прямой синус, последнее окончание которого впадают нижний сагиттальный синус и вена Галена.

Палатка мозжечка отделяет полушария головного мозга от мозжечка и прилегает к верхней поверхности последнего. Она прикрепляется к внутренней поверхности черепа на уровне решетчатой кости хрящевое происхождения уступают место костям мембранного происхождения, и покрывает заднюю черепную ямку. Ее свободный край, который образует остроконечную дугу и окружает средний мозг, называется выемкой палатки. Ее задний полукруглый край, содержащий боковые синусы, прикрепляется к краям поперечной бороздки затылочной кости, а по краям верхний и нижний слои палатки прикрепляются соответственно к теменным

Краниальные опоры манипулятивной точки зрения

костям и сосцевидной части височных костей. Таким образом, прежде, чем выйти из палатки, латеральный синус проходит над теменно-сосцевидным швом. Затем он называется сигмовидным синусом и опускается в глубокую борозду сосцевидной части височной кости, поворачивает кпереди и медиально, проходя через переднюю или нижнюю часть затылочного сосцевидного шва над яремным отростком затылочной кости до его выхода из черепа через яремное отверстие. Остеопатическое понимание некоторых причин головной боли связано со знанием этих анатомических структур. Передняя часть палатки с двух сторон прикрепляется к верхнему гребню каменистой части височной кости, заключая в себе верхний каменистый синус, направляющийся кзади и латерально от кавернозного синуса до поперечного. Волокна свободного окончания прикрепленных краев пересекаются и прикрепляются соответственно к переднему и заднему клиновидным отросткам, тем самым завершая глазодвигательный треугольник. Это еще одна очень важная краниальная зона не только из-за черепных нервов, но и потому, что она позволяет проводить манипулятивное лечение гиплофиза и гипоталамуса.

Диафрагма турецкого седла, оставляя отверстие для прохода воронки, покрывает седло и также прикрепляется к клиновидным отросткам.

Серп мозжечка представляет собой небольшую треугольную дубликатуру, прикрепленную сзади к затылочному гребню, а сверху — под поверхностью задней части белой линии; его передний вогнутый свободный край расположен между полушариями мозжечка.

Чтобы понять, каким образом описанные выше мембраны защищают мозг от повреждения во время родов, необходимо более подробно рассмотреть их общую архитектуру. Существуют белые волокнистые элементы, известные как полосы натяжений, проходящие через желтую эластичную ткань. Именно хорошее понимание этой темы позволит нам успешно лечить новорожденных детей, нуждающихся в незамедлительной помощи. Эти полосы натяжения имеют строгое расположение и поделены на группы: горизонтальную, вертикальную, поперечную, круговую и позвоночную.

От стока синусов отходят четыре расходящиеся группы *горизонтальных полос*.

Одна группа проходит сверху и сзади от серпа головного мозга около задней части верхнего продольного синуса. Другая группа, очень плотная, продолжается спереди и снизу от серпа

мозжечка и заканчивается в треножнике, средняя часть которого переплетена со средней частью заднего позвоночного треножника. Каждая боковая группа волокон мозжечка проходит вокруг большого затылочного отверстия с соответствующей стороны, пересекает яремное отверстие спереди от выхода сигмовидного синуса и сзади от выхода девятого, десятого и одиннадцатого черепных нервов.

Эти волокна продолжают позади и выше внутреннего слухового прохода. Некоторые из них, проходящие вдоль каменистого гребня, переплетаются с боковыми волокнами

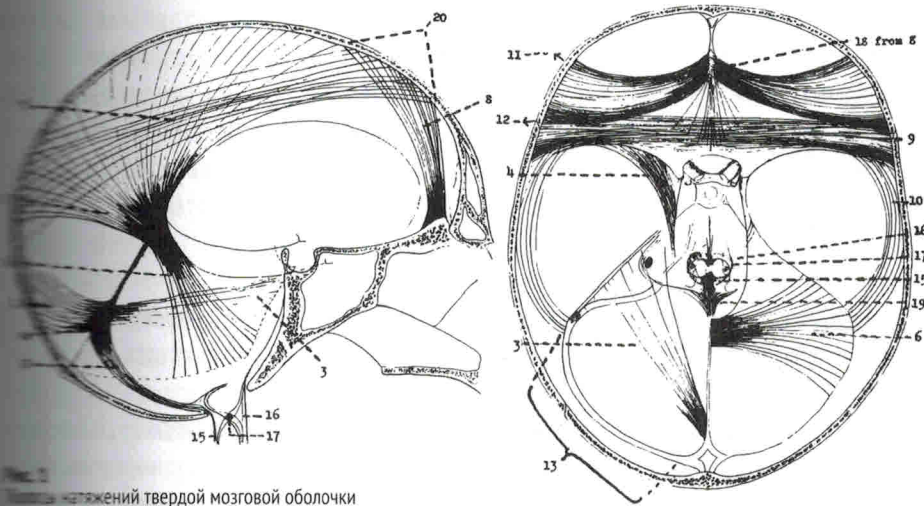


Рис. 2
Тензия натяжений твердой мозговой оболочки

ГОРИЗОНТАЛЬНЫЕ

- 11. Нижняя полоса серпа мозга
- 12. Свод мозжечка – Треножник – 19

КРУГОВАЯ

- 10. Каменистая полоса
- 13. Верхняя полоса серпа мозга * – в стоке синусов

ВЕЕРЧАКАЛЬНЫЕ

- 14. Каменистая
- 15. Задняя полоса серпа мозга
- 16. Передняя полоса серпа мозга – Треножник петушиного гребня – 18

ПОВЕРОЧНАЯ

- 17. Задняя – Треножник
- 18. Передняя – Треножник
- 17. Боковые волокна, перекрещенные вокруг позвоночной артерии

ПОПЕРЕЧНАЯ – 9

КРУГОВАЯ

- 10. Чешуйчатая
- 11. передний
- 12. Свод | средний | метопической зоны – 20
- 13. задний
- 14. Задняя, или мозжечковая ямка, – от массы стока синусов

Краниальные опоры манипулятивной точки зрения

горизонтальной группы палатки, таким образом дополняя некоторые круги задней черепной ямки. Самые внутренние волокна формируют нижний край отверстия в полости Меккеле — очень важной зоны, связанной с болезненными тиками (*невралгией тройничного нерва*), а затем их продолжают волокна свободного края палатки, придающие этому краю качество, подобное сопротивлению веревки в месте прикрепления к переднему клиновидному отростку. Волокна пересекают диафрагму седла, но большинство из них продолжают кпереди, переходя в клиновидной группе на боковой стенке кавернозного синуса. Самые боковые волокна продолжают на дне средней черепной ямки, переплетаясь с задними волокнами средней группы круговых полос свода черепа. Остальные волокна клиновидной группы расходятся кпереди, прикрепляясь к верхнему и нижнему краям верхней орбитальной борозды.

Жесткость этих волокон оказывает большое влияние на кавернозный синус, таким образом затрагивая кавернозную часть внутренней сонной артерии, которая внутри может сжиматься гипофиз, подвергающийся флюктуациям спинномозговой жидкости. На каждой стороне нижнего слоя палатки горизонтальная группа волокон расходитя от стока синусов до каменнистого гребня; срединные волокна образуют прямую часть выемки палатки.

Верхняя горизонтальная группа серпа мозга распространяется в оба его слоя, от метопической зоны до более широкой зоны вокруг лямбды. Самые нижние волокна этой группы переплетаются с верхними окончаниями горизонтальной группы нижней части серпа.

Вертикальные полосы сходятся на каждой стороне в верхнем слое палатки от ее бокового угла, то есть от передней части бокового синуса и боковой части верхнего каменнистого синуса до передней пятой части белой линии; оттуда волокна расходятся к средним двум третям края верхнего прикрепления двух сторон серпа мозга, смешиваясь там с различными переплетенными укреплениями и волокнами свода. По бокам вертикальные полосы переплетаются с волокнами круговых чешуйчатых групп с одной стороны и с волокнами средней и задней частей свода — с другой.

Существует меньшая, но очень важная передняя группа вертикальных полос серпа, которая начинается у метопической точки, переплетается с передним окончанием верхней горизонтальной группы серпа, спускается спереди и очень прочно прикрепляется к петушиному гребню решетчатой кости, где волокна делятся на три группы, образуя еще один очень важный треножник.

Глава 22

«СКОЛИОЗ ГОЛОВЫ»

Оригинальное название — «Scoliosis Capitis», статья опубликована в Журнале Американской остеопатической ассоциации, том 70, № 2.

Скошенная форма черепа, при которой задняя часть головы сплющена с одной стороны, а лицо — с противоположной стороны, обычно является следствием положения плода в поздних сроках беременности.

Скошенный череп сопровождается «сколиозом головы» («scoliosis capitis») и позвоночным сколиозом, связанным с отклонением плечевого и тазового поясов. Возможна ситуация, когда у новорожденного ребенка не наблюдается никаких симптомов, за исключением, возможно, предпочтительного положения и неспособности лечь на живот. Тем не менее отсутствие коррекции этого отклонения приведет к его усугублению во время роста и приведет к компенсаторным изменениям в других структурах.

Спустя несколько лет после незначительных травм могут возникнуть неврологические симптомы. Далее мы расскажем о нескольких случаях скошенного черепа. Четыре из них касаются взрослых людей, четыре — детей, но только в одном случае симптомы присутствовали сразу после рождения.

В этой главе рассматриваются различные виды скошенной деформации черепа, нарушенное расположение костей, последующее повышенное напряжение и некоторые из его причин. Также описывается техника лечения.

Скошенное положение черепа, описанное Литтлом (1) в 1862 г., как уплощение одной стороны лица и противоположной стороны задней части головы, было изучено из-за того, что такая деформация черепа снижает способность структуры тела противостоять многим распространенным опасностям в жизни.

«Сколиоз головы»

Голова новорожденного младенца может казаться круглой, но, как правило, свод черепа называется не затронутым. Через три-шесть месяцев в этой красивой круглой голове, у которой было наклонное основание, можно будет заметить скошенный контур с уплощением заднености головы на одной стороне и лица — на противоположной стороне. Чаще всего младенец предпочитает лежать на плоской стороне головы, и невежественный педиатр скажет маме, что голова ребенка плоская, потому что ему позволяют слишком долго лежать на этой стороне. Тем не менее если голова ребенка симметричная, то она никогда не остается в одном положении, если только ее в нем не удерживают постоянно. Иногда перекося настолько серьезно, что ребенок не может повернуть голову в другую сторону. Это часто называют врожденной кривошеей.

Несколько младенцев, которым было назначено хирургическое вмешательство для выравнивания шеи, стали идеально симметричными через 6–12 месяцев остеопатического лечения, которое их родители предпочли хирургии. Чтобы восстановить идеальную симметрию в случае серьезной аномалии, лечение следует начать в течение первых недель жизни. Тем не менее лечение, начатое позже, также может принести значительную пользу.

При скошенном черепе могут развиваться неврологические симптомы, возникающие как немедленно, так и через несколько месяцев или даже лет после незначительной травмы, которая сама по себе не может оправдать такие серьезные последствия. После рассмотрения скошенного черепа, типов и степени неправильного расположения костей, последующего повышенного напряжения и некоторых причин таких нарушений, будут приведены конкретные примеры для каждого десятилетия жизни.

В случае скошенного черепа присутствует «сколиоз головы» и сколиоз позвоночника, связанный с изменениями наклона разных поперечных плоскостей тела: каменистых гребней основания черепа, плечевого пояса, тазового пояса. Все эти изменения невозможно уменьшить или избежать посредством устранения укорочения грудино-ключично-сосцевидной мышцы. В действительности, если основной причиной является нарушение расположения стороны, то хирургическое вмешательство может вызвать состояние постоянного стресса, одновременно с этим симптомы могут быть полностью устранены.

Для того чтобы понять, что необходимо исправить в скошенном черепе, следует рассмотреть изображение основания нормального взрослого черепа (рис. 2), вспомнить, как развиваются и растут череп младенца (рис. 1), мышцы, соприкасающиеся с краниовертебральными

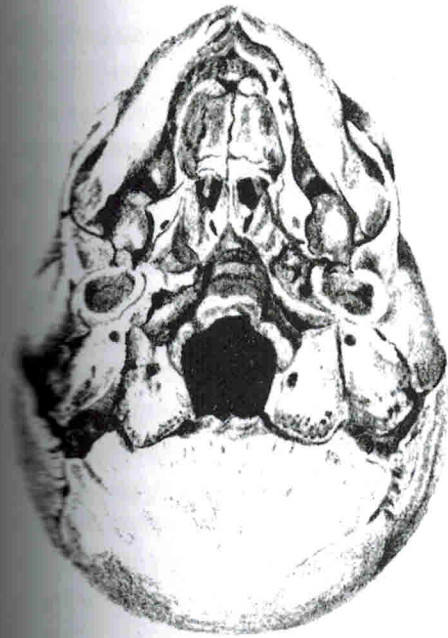


Рис. 1
Основа черепа новорожденного

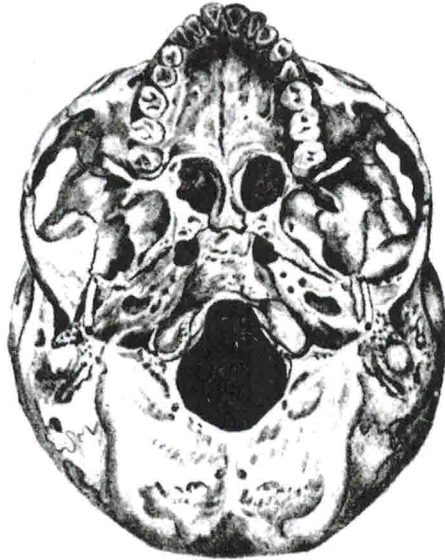


Рис. 2
Основа черепа взрослого человека

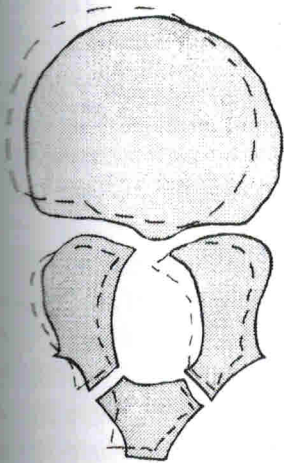


Рис. 3
Схематическое изображение отклонения составных частей затылочной кости на атланте в нормальном основании

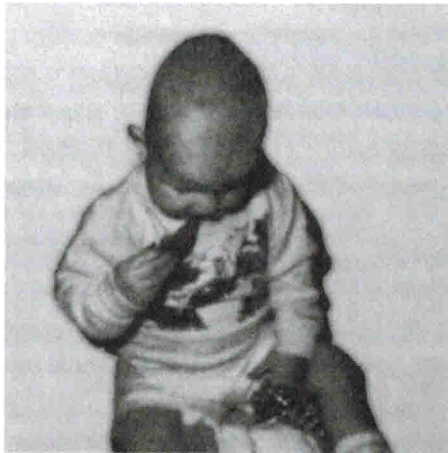


Рис. 4
Фотография младенца с латеральной флексией, ротацией и скомом черепа сзади слева

«Сколиоз головы»

соединением вокруг основания черепа, и мембраны твердой мозговой оболочки. Эти последние были подробно описаны в предыдущей главе.

Связки затылочно-атлантового сустава и других шейных сегментов имеют важное значение, так же как и позвоночные мышцы, прикрепленные к основанию черепа, и шейные мышцы. Среди последних наиболее важны боковая и задняя группы.

Скошенный череп чаще всего обусловлен положением плода в последние недели или дни последние месяцы беременности. Если голова была повернута и затем согнута латерально, то силы маточных сокращений, передающиеся через позвоночник плода, поворачивают череп затылка (рис. 3 и 4). Мыщелковые части вращаются в одну сторону, одна наружу, а другая внутрь, каждая вокруг вертикальной оси; чешуя поворачивается в сторону мыщелковой части, которая находится в боковом положении; базилярная часть движется кзади с этой стороны и кпереди со стороны, где мыщелковая часть повернулась внутрь. Это формирует скошенное положение задней части черепа. Измененное соотношение между передним отделом базилярной кости и задним отделом тела клиновидной кости приводит к образованию первой кривизны сколиоза на оси черепа. Вторая кривизна расположена в соединении клиновидной и решетчатой костей. Из-за изменения взаимосвязи между затылком и клиновидной костью каменистые части располагаются в разных плоскостях. Одна, на плоской стороне черепа и вогнутой стороне сфенобазиллярного соединения, находится близко к фронтальной плоскости (в относительном положении кверху) во внутренней ротации с дополнительным параметром скручивания кзади и, вероятно, с передне-медиальной компрессией. Каменистая часть на выпуклой стороне сфенобазиллярного соединения, то есть на стороне, к которой мыщелковая часть повернулась латерально, будет направлена относительно книзу, наклонившись к сагиттальной плоскости и повернувшись наружу и в большей степени кзади, а ее верхушка повернута кпереди.

Можно представить, какое влияние оказывает такой тип нарушенного расположения костей на волокна треножника мозжечка. Группа волокон на выпуклой стороне сфенобазиллярного сочленения над мыщелковой частью, которая находится в боковом положении, будет повернута расходящимся образом и будет испытывать напряжение средней степени. Подлинно положительная группа будет затронута сильнее из-за дополнительного напряжения и ограниченного движения, а средняя группа, продолжающаяся задней спинальной группой, будет иметь латеральную кривизну из-за изменения костной структуры и ненормального напряжения во всех двойных мембранах задней черепной ямки.

Следует помнить о том, что позвоночный сколиоз с отклонением плечевого и тазового поясов связан с краниальным сколиозом. Такие изменения имеют достаточную степень для того, чтобы быть замеченными, если их искать, но иногда их невозможно обнаружить, пока ребенок не достигнет школьного возраста. Часто деформации таза диагностируются только во взрослом возрасте, когда симптомы заставляют обратить внимание на структуру.

Каждый врач, независимо от своей специальности, каждый год принимает пациентов, страдающих от различных заболеваний, и в зависимости от тех или иных симптомов лечит их сам или направляет к своим коллегам-специалистам.

Случаем часто врачи фокусируются на группе симптомов, а не на той последовательности, в которой эти симптомы появились, и не на этиологических факторах, вызвавших данную цепочку событий и отклонения различной степени.

Казные пациенты, описанные в этой главе, имели одну и ту же структурную деформацию, которая, хотя и не являлась непосредственной причиной симптомов, которые привели пациента на сеанс, была самым большим или самым важным этиологическим фактором в цепочке событий, вызвавших заболевание. Все это иными словами выражает вопрос, который часто задавал Перрин Т. Уилсон: «Почему этот пациент страдает именно этим заболеванием?» (3).

ОПИСАНИЕ СЛУЧАЕВ ПАЦИЕНТОВ

Случай 1

Пациентка (51 год) был удален зуб с правой стороны верхней челюсти. Сразу после этого у нее возникла сильная боль в правой половине лица, которая была приписана повреждению синуса. Через две недели пациентка обратилась к ЛОР-врачу, он рекомендовал сделать еще один рентгеновский снимок, назначил дополнительные лекарства и направил женщину к другому зубному хирургу, тот удалил оставшиеся зубы на правой стороне верхней челюсти и выполнил кюретаж кости. На протяжении последующих недель было удалено еще восемь зубов, а затем были сделаны два зубных протеза, которые пациентка не смогла носить из-за боли.

Прием пищи вызывал у нее большие затруднения, а сон был беспокойным, несмотря на прием лекарств, дозы которых были увеличены. За более чем два года женщина обращалась к многим специалистам, в том числе к трем зубным хирургам и двум неврологам, а также получила полное обследование в одной известной клинике. Причина ее страданий так и не была выявлена.

Случай 2

Женщина сорока трех лет попала в автомобильную аварию, после которой у нее развились диплопия, паралич латеральной прямой мышцы правого глаза, а также она не могла закрыть правый глаз и поднимать верхнее веко левого глаза.

Случай 3

Женщина лет тридцати после падения с лестницы стала жаловаться на боль в глазах, двоение, помутнение зрения и головную боль, напоминающую мигрень. Степень выраженности симптомов постоянно возрастала.

Случай 4

Мужчина в возрасте 50 лет пришел на прием в сопровождении семейного врача и двоих сестер. У него была нарушена координация движений, а также ориентация в пространстве. Также он страдал экзофтальмом, а его склеры были наполнены кровью. Этот пациент получил сотрясение мозга в результате удара головы металлическим предметом на работе. Ему провели лечение, назначенное врачами его компании, каждый из которых был известным специалистом в своей области. Также он наблюдался у двух психиатров, был повторно обследован и затем некоторое время лечился в другом учреждении, и два года спустя все еще не мог работать и, казалось, утратил желание жить.

КОММЕНТАРИЙ

У этих четырех пациентов был обширный спектр тяжелых симптомов. Двое из них были на шестом десятке, один — на пятом и один — на четвертом. Ни у одного из пациентов ранее не было симптомов, о которых здесь сообщалось, или других тяжелых симптомов.