

А.Я.Попелянский

**КЛИНИЧЕСКАЯ
ПРОПЕДЕВТИКА
МАНУАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ**

**Москва
«МЕДпресс-информ»
2003**

КОЛЛЕГАМ ОТ АВТОРА

После выхода нашей первой «Пропедевтики...» прошло около 15 лет. За истекший период текстовые и иллюстративные материалы пособия были использованы и цитировались в монографиях по биомеханике, миалгиям, туннельным синдромам, что говорит само за себя. Сегодня представления о невропатологии позвоночника и других структур опорно-двигательного аппарата претерпели определенные изменения, и лишь немного устарело. Такой срок мал для любого раздела классической медицины. С другой стороны, вертеброневрология (ортопедическая неврология, нейроортопедия, скелетно-мышечная медицина), равно как и ее ответвления — миофасциология, кинезиология, кранио-сакральная терапия, висцеральная терапия, манипулятивная медицина, остеопатия, хиропрактика, объединяющим ядром которых выступает мануальное дело, — одни из очень немногих дисциплин энергично перманентно развиваются в клиническую ширь. Данное обстоятельство и малый тираж предыдущего издания, а также просьбы и рекомендации коллег диктовали необходимость выпуска обновленной монографии. Актуальность стала очевидной после соответствующего приказа Минздрава о создании в стране новой профессии — мануальная терапия (почему-то в России «мануальная терапия», а не «вертеброневрология»?!) — очередная неминуемая искаженность в неразборчивом, всеядном равнении на Запад). Впрочем, половину программы обучения оригинального предмета составляют этиология, патогенез, синдромология, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика и экспертиза неврологических недугов позвоночника и других отделов опорно-двигательного аппарата. Это возводит потребность в специализированном, именно клиническом обучении в ранг первостепенных, ибо литературы по самой технике воздействий руками (остальные 50% материала) — только в СНГ несколько десятков видов, чего нельзя сказать о руководстве по введению во всю дисциплину.

Форма и содержание предлагаемого издания «по жанру» не совсем укладываются в рамки привычных стандартов методического либо учебного пособия. Однако достаточно типичен стиль изложения стержневого материала. Это в первую очередь спондилоневрологические или нейроортопедические основы мануальной медицины, т.е. ее клиническая пропедевтика — пока все еще, к сожалению, теневой, мало-знакомый пласт грандиозной практической науки.

Рождение представленной, быть может, как только что сказано, не во всем академичной книги обязано, разумеется, эпохе гласности. Автору удалось, по счастливой возможности, находиться в атмосфере становления и оформления оригинального предмета, обучаться и, таким образом, получить непосредственно «из рук» «мануальную вертеброневрологию» у лучших мировых и отечественных специалистов в этих вопросах. Почтенным патриархам, авторам первоклассных руководств, моему отцу Якову Попелянскому и его другу Карлу Левиту — восхищение и низкий поклон. Другим, соратникам и отчасти моим учителям Георгию Ивановичу и безвременно ушедшему Виктору Веселовскому выражаю искреннюю признательность.

1.3. ПАТОБИОМЕХАНИЧЕСКИЙ ОБЪЕКТ МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Итак, нацеленность мануального лечения адресуется заблокированным суставам и другим структурам, потерявшим изначальную и нейрогенно обусловленную эластичность и относительную смещаемость. Синдромологически такие явления выстраиваются или входят в ряд статических и динамических нарушений. Первые представляют собой вынужденные позы, нарушения осанки, вертебральные или иные деформации. Вторые представляют собой обычно уменьшение объема движений. И в первом, и во втором варианте возможно болевое сопровождение, однако оно не является обязательным. Другими словами, боль может приводить к вынужденному положению и ограничению подвижности, однако часто ее внешне определяющая роль имеет лишь понятные субъективные истоки. Основной причиной является все-таки сама рефлекторная скованность или фиксация опорно-двигательного аппарата. В сложный пато- и саногенез реактивной фиксации вплетаются нарушения «тканевой и суставной игры». При одних клинических вариантах суставной или тканевой блок является главной причиной и проявлением фиксации, при других — скромной составляющей, способной, однако, оказывать цементирующее влияние, нарушая статику и ослабляя динамику.

В повседневной практике мы определяем количественную сторону — **выраженность** фиксации. В отношении позвоночника статическую часть оцениваем тремя степенями сколиоза:

1. сколиоз малозаметен, мало выражен, выявляется лишь после сравнения симметричных опознавательных участков (углов лопаток, линии талии, уровней надплечья, ягодичных складок и т.п.);
2. сколиоз очевиден, выражен, однако общий центр тяжести проецируется в пределах площади стоп, поставленных вплотную;
3. сколиоз резко выражен, общий центр тяжести проецируется за пределы площади опоры, поэтому в положении стоя возможен лишь частичный внутренний контакт стоп или невозможен вовсе. Для поддержания равновесия их необходимо расставить.

Выраженность динамической фиксации можно также оценить по трем степеням:

1. умеренная — объем движений снижен не более чем на треть;
2. выраженная — объем движений снижен на 35-75%;
3. резко выраженная, т.е. более 75% объема движений невозможно (вплоть до полного анкилозирования).

Важнейшим слагаемым фиксации, определяемым комплексной диагностикой (анамнез, статус, инструментально — чаще Ro-графия), является происхождение, природа, ее патогенез. Причинно-следственные механизмы стато-динамических изменений и нарушений могут возникать вследствие собственной тканевой перестройки, имеющей необратимый курс. Отложение кальция, обызвествление, фибризация ведут к устойчивой тугоподвижности, непоправимой ретракции тканей. Такая фиксация называется **органической**. Когда укорочение тканей, приводящее к гипокинезу, носит преходящий характер, будучи вторичным адресатом, испытывающим воздействие патологической импульсации от временного биогенератора,

фиксация именуется **функциональной** (синонимы органической и функциональной миофиксации — контрактуры, пассивные и активные). Так как наиболее динамичен и в первую очередь реагирует мышечный субстрат, фиксация еще носит название **миофиксации**.

Топографически фиксационный процесс может охватывать один-два сустава, два-три соседних позвонка. Такая фиксация носит название **локальной**. Если фиксация включает много позвонковых сочленений, вплоть до целого отдела или даже всего позвоночника, но не выходит за его пределы, она носит название **ограниченной** или **вертебральной**. Нельзя рассматривать ограниченную фиксацию лишь как возможную банальную сумму локальных. Вертебральная фиксация — это в первую очередь качественно, а не количественно оригинальная форма. Внутри ограниченной фиксации могут быть заблокированными один-два сегмента либо вообще ни одного. Тем не менее деформация и ограничение подвижности может иметь место. Это обусловлено индивидуальной миокоординаторной установкой, вариациями мышечных дефансов либо склерозирования при органической причине. Аналогичное распространяется и на третью топическую форму фиксации — **экстравертебральную** или **распространенную**. Такое название получила фиксация, идущая экстравертебрально, распространяясь на смежные крупные суставы. Классическими примерами последней являются пояснично-тазобедренная разгибательная (ягодичная и ишиокруральная) и сгибательная (илио-псоусная) ригидности при люмбо-сакральных процессах либо плече-лопаточная — при цервико-торакальных.

Следующей стороной фиксации является ее способность к захвату тех или иных степеней свободы сочленений, т.е. степень ее влияния на уменьшение подвижности в той или иной плоскости. Если затронуты все степени свободы (напоминаем, что глубина этих нарушений регистрируется уровнем выраженности), фиксация условно считается **полной**. Если объем движений в одном или нескольких направлениях сохранен, фиксация называется **неполной**.

С хронометрических позиций следует оценивать **устойчивость** фиксации, ее стабильность. С учетом ежедневного обхода врачами вверенных им пациентов стационара, за точку отсчета целесообразно принять сутки. Фиксация считается **стойкой**, если ее слагаемые не претерпели изменений за упомянутый период между очередными обходами. Соответственно фиксация называется **нестойкой** при ее возможных изменениях в течение 24 часов.

Своеобразная пространственная схема фиксации обнаруживается при наблюдении за ее эволюционированием. Фиксационный участок может с течением времени оставаться регионарным, имея свои границы. При наличии рубежа, сдерживающего развертывание процесса, фиксация будет называться **редуцированной**. Если фиксационный массив увеличивается в размерах, имея общую основу, он именуется **диффузным** или **сплошным**. Если малоподвижный деформированный участок постепенно преобразуется в несколько расположенных на заметном отдалении друг от друга (например, верхнешейный, среднегрудной, пояснично-крестцовый), фиксация называется **разрозненной**.

Зоны опорно-двигательного аппарата, находящиеся вне фиксационного поля, могут быть абсолютно интактными либо их постигает дисфиксационная участь.

12. Экзаменация.

Как показывает опыт, даже медик, поняв упражнения ЛФК, трудно запоминает и спустя небольшой промежуток времени не может их воспроизвести. Пациенту тем более недостаточно одного пассивного созерцания. Больной должен воспроизвести продемонстрированные приемы, а врач их отконтролировать и откорректировать. При представленной последовательности обучение аутотерапии конструктивно.

Таков методический подход мануального терапевта, такова классическая схема сеанса диагностики и лечения. На различных этапах курса лечения границы сеанса могут, естественно, суживаться.

1.5. ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К МАНУАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

При обращении к аналогичному вопросу в учебниках по мануальной терапии очередной раз охватывает чувство недоумения. Складывается впечатление, что серьезный автор представляет всю мануальную терапию как обычный костоправ, а именно лишь в виде только манипулятивных приемов и только в зоне источника поражения. В процессе дальнейшего знакомства оказывается, что это часто совсем не так. В книге, почти всегда, повествуется и о смежных методиках, а также, иногда, рассматриваются задачи с применением мануальной терапии в отдаленных от основного очага зонах. Из сказанного вытекает, что авторам просто не приходилось задумываться самим над столь ответственным вопросом, как «показания и противопоказания». Они полностью полагались на предшественников, откуда черпали основной материал. Иначе такой пассаж не был бы повсеместным. С другой стороны, весь подход к проблеме во многом определяет довольно суженную и, одновременно, недостаточно определившуюся нацеленность. Ведь главная мишень мануальной терапии, ее объект, ее предмет — клиническая фиксация — нигде и никем не разбирается.

Не могут существовать общие показания и противопоказания ко всей мануальной терапии. Каждая методика требует своих правил применения. От релаксации к манипуляциям круг показаний суживается, а противопоказаний — расширяется. Следует еще раз напомнить, что мануальная терапия имеет свои особенности подхода и ограничений как в зоне основного очага поражения, так и в регионах с вторичными нарушениями, а также в местах отражения боли.

Показания к релаксации, включая тракцию:

1. Патогенетическая фиксация;
2. Осложнения фиксации;
3. Подготовка к мобилизации.

Противопоказания к релаксации, включая тракцию:

1. Проведение приема в зоне деструкции (секвестрация грыжи, распад опухоли, раплавление при воспалении, обычный или патологический перелом);
2. Саногенетическая фиксация;
3. Дисфиксация;
4. Альгические и другие проявления раздражения со стороны периартикулярных, дисковых и иных структур, возникающие, усиливающиеся и тем самым

препятствующие процедуре. Допускается испытание альтернативного релаксационного приема;

5. Поздняя фаза органической фиксации (относительное противопоказание);
6. Тяжелое соматическое состояние.

Показания к мобилизации:

1. Безуспешность релаксации;
2. Подготовка к манипуляции.

Противопоказания к мобилизации:

1. Все предыдущие к релаксации плюс проведение процедуры в зоне реактивных явлений при наличии опасности травматизации близлежащих сосудистых или нервных образований;
2. Ярко выраженные рефлекторные синдромы при опасности раздражения их источника;
3. Аномалии (относительные противопоказания в зависимости от вида аномалии и точки приложения воздействия).

Показания к манипуляции:

1. Безуспешность предшествующих мероприятий.

Противопоказания к манипуляции:

1. Все предыдущие плюс психологическая негативность больного к процедуре;
2. Невозможность создания оптимальной позиции больного из-за боли или скованности — моральной или физической.

Дополнительные показания к мануальной терапии внеочаговых позвоночных сегментов, суставов и миофасциальных структур конечностей:

1. Суставные и тканевые блокады — как осложнения ограниченной и распространенной фиксации с учетом этапа обострения и местонахождения пациента;
2. Начальный период самостоятельных суставных заболеваний.

1.6. МЕТОДИЧЕСКИЙ СТИЛЬ МАНУАЛЬНОГО ТЕРАПЕВТА

В большом сегодняшнем потоке доступной литературы по мануальной терапии, где великолепно представлен широчайший круг технических исполнений, к сожалению, крайне мало сообщается о рациональных путях вникания, «сроднения» с ними, т.е. оптимизации глубокой чувствительности исследователя. Оригинальность овладения мануальной методикой столь же очевидна, сколь и мишень самого метода. Так, при общем знании о линейной смещаемости суставных поверхностей или мягких тканей никогда не рассматривалось данное явление как точка отсчета для рационального, тонкого, а также весьма специфического диагностического и терапевтического контроля. Не допускалась мысль о возможной доступности и тем более объективности клинического тестирования таких деликатных биомеханических деталей. Безынициативность дополнялась неведением кибернетической информативности в познании суставной и тканевой «игры». При подобном рассмотрении, видимо, уместно косвенное сравнение способов мануальной терапии с отдельными видами восточных единоборств. Последние в такой же мере отличаются от обычных схваток, как и мануальная медицина от традиционной. Профессиональный успех

2. АНАТОМИЧЕСКОЕ И КЛИНИКО-КИНЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ВВЕДЕНИЕ В МАНУАЛЬНУЮ МЕДИЦИНУ

2.1. ПОЗВОНОЧНИК: АНАТОМИЯ, КИНЕЗИОЛОГИЯ И ИССЛЕДОВАНИЕ

I шейный позвонок (атлант) участвует в осуществлении биомеханической связи позвоночника с черепом. Он отличается отсутствием тела и остистого отростка. На задней дуге атланта имеются две борозды позвоночной артерии. Иногда над этой бороздой формируется полный костный мостик, и она превращается в канал позвоночной артерии — вариант Киммерли. Под затылочной костью удается пальпировать поперечные отростки позвонка и судить о подвижности и болезненности последнего (рис. 1). Те же опознавательные пункты можно пропальпировать между сосцевидным отростком и нижней челюстью при повороте головы в гетеролатеральную сторону. Атланто-затылочный сустав — комбинированный. В нем осуществляются движения вокруг сагиттальной (наклоны в стороны) и фронтальной оси (сгибание и разгибание). Передний конец сагиттальной оси выше заднего, почему во время наклона одновременно происходит резкий поворот. Возможны нарушения в кранио-вертебральной области (см. рис. 43).

Для исследования объема движений в атланто-затылочном сочленении необходимо специальными приемами исключить подвижность остальных суставов шеи. Естественно, в этом случае условные оси суставов будут смещаться, однако названия будут соответствовать их первоначальному нейтральному физиологическому положению. Так, например, на рис. 2 проверяются движения упомянутых суставных поверхностей вокруг сагиттальной оси (наклоны в стороны), хотя исходная поза была достигнута путем вращения вокруг фронтальной оси. Такое положение голове необходимо придать для обездвиживания нижележащих суставов шеи. Для установления полного объема движений сочленения смещение суставных поверхностей должно осуществляться соскальзыванием в перпендикулярном к его оснаправлению.

II шейный позвонок (аксис) отличается наличием зубовидного отростка, вокруг которого вращается атлант, а с ним — и череп. Поверхности парных суставов находятся на теле позвонка, а не на ножках дужки, как на нижележащих — не позади, а впереди от позвоночной артерии. Эта анатомическая особенность обеспечивает некоторую возможность пальпации артерии на уровне C_{1-II} . Остистый отросток аксиса является первым костным выступом, который определяется после пальпаторного скольжения сза-

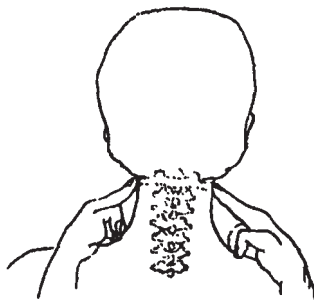


Рис. 1. Пальпация поперечных отростков атланта.



Рис. 2. Исследование подвижности атланто-затылочного сочленения: а — в положении максимальной ротации с замыканием суставов нижележащих НДС; б — с фиксацией атланта.



Рис. 3. Точки пальпации: а — поперечных отростков; б — суставных отростков.



Рис. 4. Пальпация шейных межпозвонковых суставов в положении больного лежа.

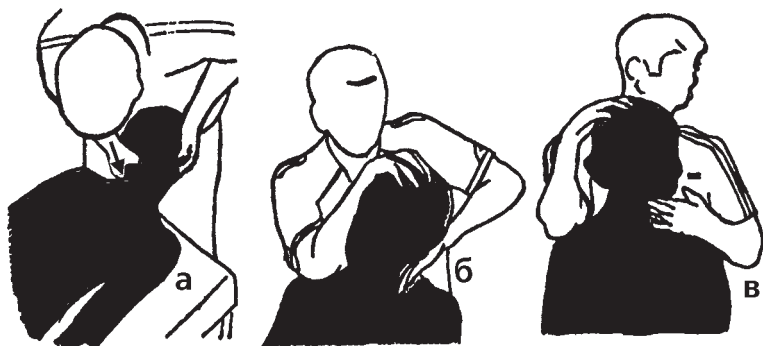


Рис. 5. Диагностика подвижности атланто-аксиального сочленения (а). Определение объема пассивных суммарных движений шеи; б — наклонов; в — поворотов.

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие	4
1. Введение в предмет	7
1.1. Слагаемые мануальной медицины	7
1.2. Специфика предмета	18
1.3. Патобиомеханический объект мануальной терапии	22
1.4. Методический подход мануального терапевта	26
1.5. Показания и противопоказания к мануальной терапии	30
1.6. Методический стиль мануального терапевта	31
2. Анатомическое и клиничко-кинезиологическое введение в мануальную медицину ..	35
2.1. Позвоночник: анатомия, кинезиология и исследование	35
2.2. Периферические суставы	42
2.3. Структуры нервной системы, часто поражающиеся при вертебральной патологии	43
2.4. Топографо-анатомические взаимоотношения межпозвонкового диска с окружающими структурами	49
2.5. Мышцы	50
3. Этиология	59
3.1. Дистрофические поражения и изменения	59
3.2. Онкологические заболевания	61
3.3. Воспалительные заболевания	62
3.4. Структурные кифосколиозы	63
3.5. Травматические поражения	64
3.6. Метаболические заболевания	64
4. Патогенетические факторы	66
4.1. Факторы, вызывающие обострение	66
4.2. Факторы, способствующие обострению	67
4.3. Реализующие факторы	69
5. Патогенетические механизмы	72
5.1. Компрессионные	72
5.2. Рефлекторные	72
5.3. Адаптивные	73
6. Вертеброгенные синдромы	74
6.1. Нейромиофасциальные синдромы	74
6.2. Нейро-васкулярные синдромы	78
6.3. Нейрональные (невральные) синдромы	80

7. Нозологические формы	87
7.1. Вертебральный синдром	89
7.2. Экстравертебральные синдромы	100
8. Дифференциально-диагностические критерии вертеброгенных заболеваний различной этиологии	123
8.1. Онкологические заболевания	123
8.2. Гормональная спондилопатия	123
8.3. Воспалительные заболевания	123
8.4. Посттравматический вертебральный синдром	124
8.5. Структуральные кифосколиозы	124
8.6. Висцеральная патология	124
9. Саногенез	125
9.1. Защитные реакции, включая иммунитет	125
9.2. Реституция	125
9.3. Компенсация (воспаление, возмещение, замещение)	126
9.4. Регенерация (возрождение, обновление)	126
9.5. Саногенез вертебрального синдрома	126
9.6. Саногенез экстравертебральных синдромов	130
Об авторе (к юбилею)	132