

«Оздоровление человека»

Виталий Демьянович Гитт

**В помощь начинающим
мануальным терапевтам**

Издательство Центра психофизического
совершенствования «Единение»

2011

УДК 613.71

ББК 75.7

Г 51

Под редакцией Барановой Светланы Васильевны

Эта книга для тех, кто в хочет помочь своим близким избавиться от заболеваний позвоночника и суставов, а так же для специалистов, которые ищут новые приёмы и методы лечения.

В книге представлена уникальная авторская методика доктора Виталия Демьяновича Гитта, проверенная двадцатилетним профессиональным опытом и сотнями случаев исцеления неизлечимых с точки зрения официальной медицины заболеваний. Методика изложена в лёгкой и доступной форме: заболевание – методика выявления – возможные ошибки – чего делать нельзя – что и как делать можно и нужно.

Пусть эта книга поможет вам подарить другим здоровье!

Гитт В.Д.

В помощь начинающим мануальным терапевтам. – М.: ЦПФС «Единение», 2011. – 112 с.

ISBN 978-5-8040-0079-1

© Гитт В.Д., 2008

© Корпорация «Развитие и Совершенствование», 2011

© ЦПФС «Единение», 2011

Корректор: Бухтерева И. В.

Вёрстка: Марусева А. В.

Макет обложки: Асрян Г. Г.

Подписано в печать 17.01.2011. Формат 60x90/16. Гарнитура Arial.

Печать офсетная. Тираж 1000 экз.

Издательство ЦПФС «Единение»

тел. (495) 768-16-71, e-mail: edinf@mail.ru, www. edinenie.ru

Отпечатано в ОАО «Можайский полиграфический комбинат»

143200, г. Можайск, ул. Мира,93

www.oaompk.ru тел.: (495)745-84-28, (49638)24-310

ВВЕДЕНИЕ

За последние 2–3 года редакция журнала «Физкультура и Спорт» опубликовала несколько моих статей, посвящённых лечению суставов и различных нарушений осанки. Судя по отзывам читателей, применение даже простейших приёмов самолечения и лечения многим из них принесло ощутимую пользу. Всё это время я умышленно не касался методов работы мануального терапевта с позвоночником. Главная причина – повышенная опасность неумелого применения этих приёмов. В то же время редакция часто получает письма от людей, не имеющих возможности по тем или иным причинам обратиться за помощью к квалифицированному специалисту. Встаёт извечный вопрос – ЧТО ДЕЛАТЬ? Болеть, мучиться без надежды, без просвета? Или попытаться что-то сделать? Но что? В литературе, печатных изданиях различного толка, рекламе можно найти множество советов и рекомендаций. К сожалению, большинство из них направлены лишь на временное избавление или уменьшение уровня болевого сигнала. Ключевое слово здесь ВРЕМЕННОЕ. Не излечение, а обезболивание. Разница огромная.

Много вопросов возникает по поводу методики подачи материала. С чего начинать? Откуда? С анатомии? А может, с биологии или цитологии? Для большинства потенциальных пользователей эти вопросы малоинтересны. К тому же на эти темы существует большое количество учебных пособий. С диагностики? Уже интереснее. Но, наверно, лучше всего давать материал в разбивку. Заболевание – методика выявления – возможные ошибки – чего делать нельзя – что и как делать можно и нужно.

ГЛАВА I

ШЕЯ. МИОЗИТ

Приходит ко мне на приём (в понедельник) одна из моих пациенток (25 лет, очень стройная, спортивное телосложение). Голова слегка наклонена к левому плечу и повёрнута вправо вверх. Передвигается очень осторожно, как будто на голове несёт кувшин с водой. Причина – сильнейшая боль в шее, отдающая в плечо и голову. Боль такая, что невозможно пошевелиться. Больно спать, больно поворачиваться в постели, больно всё, любое движение вызывает взрыв боли. Но просто лежать тоже больно. Очень больно. Заболела шея в пятницу вечером, суббота-воскресенье у меня выходные, и она отправилась в крупный центр мануальной терапии на юго-западе нашего города. Врач поставил сразу три диагноза – дисковая грыжа, смещение позвонка, ущемление нерва. Поскольку заболевание острое – лечить пока нельзя (по его словам). Рекомендации – две недели колоть вольтарен (противовоспалительное) и сделать магнитно-резонансную томографию. Потом приходит лечиться. До прихода ко мне пациентка успела сделать несколько уколов вольтарена, но на уровне болевых ощущений это никак не сказалось. А у неё через три дня отпуск начинается, и путёвка в Эмираты пропадает. А сколько лечиться после вольтарена и томографии, врач не сказал. Но дисковые грыжи лечатся долго. Месяцами. Да и лететь в таком состоянии невозможно. И отдыхать. Непрерывная пытка. Осмотрел я девушку и говорю – ошибся немножко ваш врач. Нет у вас грыжи, нет ущемления нерва, нет и смещения

позвонок. Пациентка чуть в обморок не упала – значит, что-то совсем страшное. В таких случаях в голову всегда самое страшное лезет. Даже за отпуск перестала переживать от страха. Ладно, говорю, через три дня забудете. Смотрит на меня, глазами хлопает и совершенно не верит. Прямо на лице написано, что не верит.

МАЛЕНЬКОЕ, НО ОЧЕНЬ ПОЛЕЗНОЕ ЗАМЕЧАНИЕ:
у меня часто появляются пациенты, заявляющие: «*доктор, мы вам верим, мы так бесконечно верим, помогите...*»

Так вот, самое важное: вера нужна только плохому врачу. Вера нужна там, где врач сам не может справиться. Там, где неправильный диагноз, там, где неадекватное лечение. Маленькие дети ни во что не верят, не верят и животные. Но их можно успешно лечить. И от пациентов я никогда не требую веры, нет, всего лишь точного исполнения предписаний! Если хирург хороший – верьте не верьте, аппендицит у вас будет удалён и всё хорошо заживёт, если не будете делать явных глупостей.

Диагностика

У пациентки шея очень ригидная, жёсткая то есть. Боль отдаёт влево. Это значит, что если ущемлён нерв – то слева. Но при этом голова легко наклоняется влево и не наклоняется вправо. При ущемлении нерва слева картина была бы обратная. При повороте влево, наклоне вперёд, наклоне вправо – боль резко обостряется. Наклон назад – безболезненный. При дисковой грыже, ущемлении нерва, смещении – картина была бы не такой. При более-менее значительном смещении или запущенном остеохондрозе обычно добавляется ещё и

головная боль в области затылка. В нашем же случае головная боль полностью отсутствует. Зато при наклонах головы направо и вперёд появляется резкая боль от уха к плечу. Можно прощупать и сильно напряжённую мышцу в области болевых ощущений. Да и шея чуть теплей слева. Значит *миозит*, воспаление мышцы, по-нашему если. Для уточнения спрашиваю, кем работает пациентка. Бухгалтером. Машину не водит. А лето в то время стояло жаркое. Дальше совсем просто. Можно поиграть в Шерлока Холмса.

У вас, говорю, в конторе кондиционер работает, от вашего рабочего места скорей всего – слева, сверху. Угадываю, конечно. Всё просто – жара, сверху и слева дует приятный прохладный ветерок, тело слегка влажное. Осушенный в кондиционере воздух вызывает приятное чувство прохлады и острое воспаление попутно...

Что интересно, подобное заболевание может развиваться и у очень закалённых людей, например, занимающихся зимним плаванием, которые совершенно не понимают, как от лёгкого ветерка такое могло случиться у них – таких здоровых, выносливых, правильных и закалённых (если честно, я тоже не совсем понимаю механизм возникновения такого воспаления).

Про машину тоже спросил не случайно. Миозит слева достаточно часто встречается у водителей, едущих с открытой форточкой. Запущенный миозит может беспокоить много лет.

Однажды мне попался пациент, которого миозит мучил пять лет. Бывший шофёр, кстати, из глубинки. Бывший потому, что голова у него развернулась точно на 90 градусов, подбородок располагался как раз над плечом. Впе-

рѐд голову совсем повернуть не мог. Понятно, в таком состоянии есть, читать, писать, ходить крайне неудобно, а машину водить и вовсе невозможно.

Работа мануального терапевта при лечении шейного миозита

Ну а теперь приступим к лечению (напоминаю диагноз – миозит). Вначале усадите пациента на стул или табуретку. Можно и на кушетку. Если на стул – спинка должна быть сбоку, лучше слева. Если усадили пациента на кушетку, можно удобно разместиться за его спиной на кушетке стоя на коленях.

Во время работы с шеей важно, чтобы спина пациента плотно соприкасалась с вашим животом (*рис.1*). При этом обеспечивается относительная фиксация его спины и обратная связь с вами. Если воздействие вызывает боль – спина пациента рефлексорно начинает смещаться. Это движение вы очень хорошо сможете ощутить животом, что позволит вам вовремя уменьшить прилагаемые усилия...

Важно также подобрать такую высоту сиденья, чтобы вам было удобно работать. В дальнейшем эта же поза будет применяться и для манипуляций на грудном отделе позвоночника.



рис. 1



рис. 2

Начнём с *вытягивания, или тракции*. Обхватите голову пациента руками. Ваши указательные пальцы располагаются под подбородком, большие – под затылком (рис. 2). Затем слегка, чуть-чуть покачивая голову вперёд–назад и вправо–влево, а также слегка поворачивая её, пытайтесь растянуть шею. Амплитуда всех движений очень мала, не больше одного сантиметра. Если пациент физически хорошо развит, а шея у него короткая и толстая – для усиления растяжения

можно опираться запястьями о его плечи. При лечении нежных женщин и детей такой опоры следует избегать. Подобные движения предназначены лишь для лёгкого растяжения и разминки мышц шеи, а не для лечения. У подавляющего большинства пациентов растянуть позвоночник даже в шейном отделе таким образом невозможно. Тем более в грудном или поясничном отделах. Но об этом позже.

Итак, усадили пациента, прижались к нему животом, положили правую руку ему на затылок и осторожно пробуйте наклонять и поворачивать голову в разные стороны. Определите направление наиболее безболезненных перемещений.

Для нашей пациентки таких безболезненных движений три – наклон назад, наклон влево и поворот вправо. (В иных случаях безболезненные направления могут быть совсем другими!)

Теперь начинаете работать с мышцами. Положите левую руку на голову пациента справа (рис. 3), правую – на правое

плечо. Попросите наклонить голову максимально влево. А дальше главное – слегка нажимайте левой рукой на голову, правой придерживая плечо от подъёма вверх. Во время нажатия пациент должен слегка сопротивляться. Но только слегка, чтобы голова не поднималась вверх. Вся процедура должна быть совершенно безболезненной. Прodelайте несколько нажатий (от 3 до 6–8). Ориентировочно 4 секунды нажимаете, 2 – отдыхаете.

Во время отдыха пациент полностью прекращает сопротивление и старается самостоятельно опустить голову ниже...

ВНИМАНИЕ! 4 СЕКУНДЫ – ЭТО ИМЕННО ЧЕТЫРЕ СЕКУНДЫ, А НЕ БЫСТРЫЙ СЧЁТ ДО ЧЕТЫРЁХ! ПРОВЕРЬТЕСЬ ПО ЧАСАМ!

Продолжайте процедуру поворотом головы направо (рис. 4). 4 секунды тяните, 2 – отдыхайте, лёгкое сопротивление, в паузе – релаксация. Пока всё безболезненно.

*рис. 3**рис. 4*

После проведённых манипуляций *начинайте растягивать воспалённую мышцу*. Делайте то же самое, но чрезвычайно осторожно и нежно.

В нашем случае я начинаю с наклона вперёд. Правую руку кладу пациентке на затылок и легонечко на него нажимаю. Очень легонечко. При этом в воспалённой мышце боль усиливается. Больная рефлекторно пытается нагнуться вперёд. Чтобы воспрепятствовать этому наклону, левой рукой придерживаю пациентку за грудь (придерживаю, а не тискаю, *рис. 5*).



рис. 5

Боль при этих манипуляциях ни в коем случае не должна быть чрезмерной. Можно надорвать воспалённую мышцу! Работаю в прежнем темпе – 4 секунды жму, две секунды – отдых. Пока жму – пациентка слегка сопротивляется, во время отдыха сама пытается наклонить голову вперёд.

Количество повторений в серии 3–6. Если процесс идёт туго – можно сделать несколько серий, чередуя наклоны в сторону боли с наклонами в противоположную сторону.

Очень важно следить за реакцией пациента, чувствовать его боль и не доводить её до чрезмерной. Тело на боль реагирует быстрее мысли и слов. Реагируйте не на слова пациента, а на движения спины. Полезно объяснить, что боль временная, что прямо сейчас станет значительно легче, начнёт поворачиваться шея. Также нужно объяснить, что после первого сеанса боль пройдёт не совсем, а лишь значитель-

но уменьшится. Если соврёте и скажете, что боль пройдет полностью – в дальнейшем пациент перестанет вам доверять, так что лучше не врать...

Дальше начинаю растягивать мышцу наклонами вправо. Всё делаю так же, только фиксирую левой рукой не грудь, а левое плечо пациентки (рис. 6).

Следующая серия – *пассивные повороты головы* влево... для этого правой рукой фиксирую плечи пациентки, прижимая её к себе, левую руку кладу ей на лоб, прижимая голову к своей груди и осторожно-осторожно поворачиваю влево (рис. 7).



рис. 6



рис. 7

Если заболевание не отягощено остеохондрозом и ущемлениями – облегчение наступает сразу же после проведённых манипуляций. Уровень боли сильно падает, объём движений в шее нормализуется.

Если случай незапущенный, пациент молод, не страдает от остеохондроза и других заболеваний, полное выздоровление наступает за 2–3 приёма через день – два. Без таблеток, уколов,

мазей и физиотерапевтических процедур. И воспринимается как чудо.

Точно так же получилось и с нашим миозитом. Девушка пришла ещё два раза, нормально поехала в отпуск, появилась у меня года через три – привела маму. Ни одного рецидива с шеей больше не было. Значит, и диагноз и лечение были адекватны.

Есть старый армейский анекдот, когда прапорщик в слове из трёх букв ухитряется сделать четыре ошибки (пишет в рапорте – ИСЧО) – для тех, кто не слышал. Но то ведь прапорщик, да ещё в анекдоте, а не лечащий врач на работе... и прапорщика можно понять, а вот вылечить миозит, имея три совершенно неправильных диагноза – невозможно!

С водителем, который 5 лет проходил с головой, развёрнутой на 90 градусов, пришлось провозиться почти 3 месяца, потому что очень запущенный случай. Кроме мышечного спазма за это время у него развился сильнейший остеохондроз... но и с ним всё окончилось благополучно.

ВНИМАНИЕ!

Особо осторожно нужно подходить к лечению пожилых людей. Нетренированные мышцы очень легко повреждаются, поэтому процедуры проводите с **ОСОБОЙ ОСТОРОЖНОСТЬЮ**.

БЫВАЮТ ПРОБЛЕМЫ и с людьми, добившимися высоких достижений в каком-либо виде спорта. У них порог болевой чувствительности, как правило, сильно повышен. То есть

если обыкновенный человек какую-то травму воспринимает как очень тяжёлую и болезненную, спортсмен – как лёгкую, пустяковую. При работе со спортсменами надо учитывать эту особенность.

А теперь представьте – бывший спортсмен преклонного возраста. Боли он почти не чувствует в силу генетических особенностей, лет 20 назад он был у мануального терапевта, с ним проводили определённые процедуры, ему стало легче. Стало легче тогда, ещё 20 лет назад. И он требует повторить те процедуры и на том же уровне. Ему ведь совсем не больно. А за 20 лет кости стали хрупкими (остеопороз), легко ломаются, несмотря на его могучее сложение... со всеми вытекающими последствиями. Очень легко залететь на таком пациенте. **ДАЖЕ ОДИНОЧНАЯ ОШИБКА МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К ОЧЕНЬ НЕПРИЯТНЫМ ПОСЛЕДСТВИЯМ. ОСТОРОЖНО С БЫВШИМИ СПОРТСМЕНАМИ!**

Шейный миозит относится к заболеваниям, которые лечатся легко и сравнительно быстро. Шейный миозит можно превосходно лечить и самому себе. Я думаю, что читатель сам догадается, как именно... Лечение миозита – это, конечно, ещё не лечение позвоночника.

Но дело в том, что, набивши руку на миозите, гораздо легче работать с остеохондрозом. Более того, перед проведением манипуляций на шейном отделе позвоночника очень полезно, желательно и необходимо предварительно проделать все операции по растяжке мышц. Это существенно снижает вероятность повреждения мышц и позвонков в процессе лечения. Кроме того, изучать проведение манипуляций по растяжке мышц можно на здоровых людях. Вреда никакого не будет.

ГЛАВА II

ШЕЯ. ОСТЕОХОНДРОЗ

ЧТО ДЕЛАТЬ С ОСТЕОХОНДРОЗОМ? Шейный остеохондроз сильнейшим образом сказывается на всей жизнедеятельности организма. Причём часто боли в области шеи практически отсутствуют.

КТО БОЛЕЕТ ОСТЕОХОНДРОЗОМ? Люди практически любых слоёв. Мне лично попадались шестилетние дети с рентгенографически подтверждённым диагнозом – тяжёлый шейный остеохондроз. Болеют молодые и пожилые, мужчины и женщины, спортсмены и не очень спортивные люди. Интересно отметить, что спортсмены причиной развития заболевания считают спорт, неспортсмены – отсутствие физической нагрузки.

Однажды на приём привели мальчика 12 лет. Ребёнок был вундеркиндом. В 12 лет самостоятельно прошёл курс высшей математики и уже знал несколько иностранных языков. И вдруг всё кончилось. Мальчик совершенно потерял все способности, внимание рассеянное, память испортилась, заниматься не может и не хочет. В школе стал стабильным троечником. Родители принесли огромное количество документов – снимки, томографии, реограммы. И три заключения, три диагноза из трёх очень серьёзных НИИ. Три одинаковых диагноза – шейный остеохондроз, как следствие – нарушение мозгового кровообращения. Диагнозам, выданным в первых двух НИИ, родители не пове-

рили... ну не бывает такого, по их мнению, чтоб тяжёлый остеохондроз развился в 12 лет. Хотя случай рядовой. В третьем заведении профессор посоветовал найти мануального терапевта. Мальчик прошёл курс лечения, всё кончилось вполне благополучно. Правда, когда работал с ним, руки у меня слегка подрагивали, за спиной стояли три охранника... излишний надзор нервирует.

Наиболее частые жалобы при шейном остеохондрозе:

- *головные боли в области затылка, иногда достигающие до темени.* Боли периодические – от лёгких до очень сильных. Частота повторения может меняться в очень широких пределах. Возможна реакция на погоду, физические нагрузки, стрессы...

Иногда боли сильнее с одной стороны, могут отдавать влево или вправо, в таком случае их часто путают с мигренями;

- *головокружения*, иногда очень сильные, вплоть до потери сознания. Возможно при этом и чувство тошноты. Головокружения могут усиливаться под влиянием неблагоприятных погодных условий, физических нагрузок, в некоторых позах;

- *шатание, потеря ориентации в пространстве и чувства равновесия.* При этом человека как бы «ведёт», пытаясь устоять, он совершает произвольные движения в разные стороны, напоминая этим алкоголика (иногда могут даже забрать в милицию, такие случаи знаю). Такое состояние непостоянно, человек может выйти из дома вполне здоровым, а приступ случится в самом неподходящем месте. Тогда легко попасть под машину, свалиться под поезд метро или

электричку. Соответственно, вероятность устроить аварию за рулём резко возрастает. Мне кажется, что значительное количество аварий случается из-за шейного остеохондроза;

Была однажды у меня пациентка, совсем молодая девочка, но с запущенным остеохондрозом. Так вот, при повороте головы вправо у неё переставал видеть правый глаз, влево – соответственно левый, а при наклоне головы вперёд – теряла сознание и падала... Кроме того у неё были постоянные головные боли какой-то запредельной интенсивности. Боли настолько ужасные, что если бы не маленький ребёнок и очень любимый муж – покончила бы жизнь самоубийством. Так говорила.

- *болят корни волос или кожа головы.* Боль ощущается при расчёсывании волос, прикосновении к коже головы, после снятия шапки. При этом сильно активизируется процесс выпадения волос, облысение;

- *онемение пальцев рук,* чаще мизинца, безымянного, среднего. Реже немеют все пальцы и полностью руки. Тяжесть заболевания варьируется в очень широких пределах, от самой лёгкой формы до полной невозможности пользоваться руками. Мне лично попадались пациенты, которые на этой почве теряли способность писать и пользоваться компьютером;

- *ухудшение зрения и слуха,* мушки в глазах, шум в ушах;

- *нарушение памяти и мыслительных процессов.* Проявления от лёгких до самых тяжёлых. Иногда заболевший не может даже поддерживать беседу, поскольку не может запомнить заданный вопрос и свой предыдущий ответ...

В общем, то, что называется старческим маразмом;

- у некоторых пациентов шейный остеохондроз приводит к *повышению артериального давления*, что увеличивает вероятность инсульта и других заболеваний;

- и, наконец, при развитом шейном остеохондрозе *уменьшается подвижность межпозвонковых сочленений*, шея становится короче. Этот процесс обычно нарастает очень плавно и замечается с трудом.

ВАЖНО ОТМЕТИТЬ, что почти все вышеперечисленные симптомы в основе своей имеют нарушение мозгового кровообращения и гибель клеток головного мозга, что приводит к ускоренному старению и распаду личности. В тяжёлых, запущенных случаях – необратимому...

Конечно, не у всех больных шейным остеохондрозом все симптомы заболевания встречаются одновременно. Иногда остеохондроз протекает вообще без всяких признаков. Но вышеперечисленного вполне достаточно, чтобы обратить на шейный остеохондроз самое пристальное внимание. Короче – хотите жить долго, сохранить память, интеллект и здоровье до самого преклонного возраста – **НЕ ЗАПУСКАЙТЕ ОСТЕОХОНДРОЗ!**

Достаточно часто шейный остеохондроз развивается медленно, годами, и по мере его развития больной успевает к нему адаптироваться. Появляющиеся признаки списывает на возраст и неправильный образ жизни. К врачу обращается лишь в случае перехода болезни в острую стадию. Надо отметить, что **ОСТРЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ МОГУТ БЫТЬ В ЛЮБОМ ВОЗРАСТЕ, НАЧИНАЯ С ДЕТСКОГО.**

Лечение остеохондроза

Для начала следует уяснить – **ЛЕКАРСТВ ОТ ОСТЕОХОНДРОЗА НЕТ!** Нельзя пойти в аптеку и купить таблетку от остеохондроза! Все предлагаемые средства – таблетки, мази, уколы, физиопроцедуры, разнообразные приборы для самолечения, биодобавки – в лучшем случае направлены против СИМПТОМОВ заболевания, а не самого остеохондроза, что бы там ни говорилось в сопровождающей рекламе. Иногда, далеко не всегда, жизнь эти средства облегчают, **НО НЕ ЛЕЧАТ.** Широко рекламируемые воротники тоже **НЕ РАБОТАЮТ.**

В РЕКЛАМЕ ВОРОТНИКОВ говорится, что ношение воротника в течение 1–2 часов в день снимает нагрузку с позвоночника и тем самым лечит целый спектр заболеваний и нарушений осанки. Косвенно даётся понять, что не только шеи, но и всего позвоночника, всего организма! Ложь и обман, рассчитанные на то, чтобы запуганный больной человек купил бесполезную вещь.

Вот и сегодня на приём пришёл человек с дисковой грыжей поясничного отдела позвоночника. Пришёл с очень острой болью. И врач, ВРАЧ, навязал ему такой воротник, путано объясняя, как воротник на шее мягко и нежно снимает нагрузку с поясницы. Нагло врал, врал, как Иуда, врал за мелкие деньги. Врал, предавая свою профессию!

Врал, как в подлой рекламе – пей пиво, смотри спортканал – будешь умным, богатым, всегда будет тема для разговоров и тебя будут девушки любить. Нищим дебилом станешь, читатель, если будешь следовать этой рекламе!.. Дебилом и

импотентом вдобавок... Нищим дебильным импотентом станешь!..

Но ведь на некоторых действует. Пьют пиво, смотрят спортканал, всему верят. И дебилизируются...

Прости, читатель, за чрезмерную экспрессию, но как это подло – вместо лечения обманом выкачивать из пациента деньги. Вместо лечения – наглый обман...

Подумай сам, уважаемый читатель, каждый нормальный человек ежедневно (!) проводит в постели около восьми часов. В это время нагрузка на шейный отдел позвоночника (да и на всё остальное) сильно снижается. Почему-то без всякого лечебного эффекта.

Таковы факты. Можно долго говорить о природе заболевания и почему его нельзя вылечить таблетками, но, может, об этом когда-нибудь попозже, в отдельном издании.

В ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОХОНДРОЗА важны два момента: первый – это работа мануального терапевта. Второй – это упражнения пациента. Упражнения типа ДА-ДА и НЕТ-НЕТ. Эти упражнения облегчают работу мануального терапевта и ускоряют лечение остеохондроза. Но для излечения одних упражнений мало. Необходимо постороннее вмешательство, ПОМОЩЬ МАНУАЛЬНОГО ТЕРАПЕВТА.

Что такое остеохондроз?

А тут как раз пришла ко мне редактор журнала «Физкультура и Спорт», очаровательная Алла Касаткина, и говорит: «Всё прочитала, но что такое остеохондроз, поче-

му он и откуда, так и не разобралась. Как же можно лечить что-то, не зная, что это такое. Я не понимаю – и читатели не поймут. Так что извольте объяснить читателям – кратко, понятно и доступно. Главное кратко, журнал не резиновый...»

Начал я мямлить, что не только редактор «ФиС» с остеохондрозом разобраться не может, но и вся современная медицина, что нет общепризнанной теории... Но если редактор сказала надо – значит надо! Так что излагаю теорию остеохондроза в СВОЁМ понимании. Несогласные вправе не соглашаться.

Что же такое этот самый остеохондроз?

Ос – кость, хондра – хрящ. Формально остеохондроз – костно-хрящевое заболевание. Теорий происхождения и возникновения достаточно много. У прямоходящих приматов, к которым относится автор этого произведения, а также большинство его читателей (головоногие инопланетяне с Альфы Центавра не в счёт, у них нет скелета), встречается, увы, настолько часто, что отсутствие остеохондроза у взрослой особи редкое исключение... не помню даже, попадались ли мне таковые. А вот развитый остеохондроз встречал даже у шестилетних детей.

Отсутствие жалоб – да, встречается. Но остеохондроз далеко не всегда сопровождается болями и жалобами пациентов. Даже очень запущенный. Поэтому есть и такая точка зрения – остеохондроз не заболевание, а РАЗВИТИЕ позвоночника, направленное на приспособление к вертикальному положению тела. Развитие, ещё полностью не завершившееся, и поэтому иногда сопровождающееся некоторыми осложнениями.

Подавляющее большинство моих пациентов знают, что в позвоночнике есть *собственно позвонки* (жёсткие элементы) и между ними *диски*, элементы упругие, которые и позволяют позвоночнику изгибаться в различных направлениях. Понятно, что такая конструкция статически неустойчива и только большое количество постоянно напряжённых мышц, расположенных вдоль позвоночника, позволяет нам сохранять более или менее стабильную форму позвоночника и держаться в вертикальном положении.

Но ведь человек не только прямо стоит или сидит. Огромное количество движений, выполняемое нами ежедневно, возможно только при постоянном оперативном управлении этими мышцами. Управление это производит *головной мозг*. Важно отметить, что для производства точных движений должна быть и очень развитая *система обратных связей*. То есть в головной мозг всё время поступает информация о действительном положении тела и о нагрузках, действующих на позвоночник. И головной мозг ВСЁ ВРЕМЯ отслеживает эти нагрузки и положения. Даже ночью во время сна.

Вроде бы кто-то измерил – во время сна сила сжатия позвонков примерно равна весу человека. Если человек просто стоит – в два раза больше веса. При пиковых нагрузках у тренированных людей в 10, 20 и более раз! Это уже можно посчитать, исходя из биомеханики позвоночника. Цифры чудовищные. Силы, направленные на сохранение стабильности в нижних отделах позвоночника, измеряются тоннами! И здоровые диски, здоровые позвонки, здоровые мышцы вполне справляются с этими нагрузками.

И НИКОГДА-НИКОГДА ЭТИ МЫШЦЫ НЕ ОТДЫХАЮТ? – может спросить любопытный читатель. В норме – никогда. Полностью не расслабляются никогда. Но под глубоким общим наркозом эти мышцы всё же могут отключаться. И тогда даже при очень малых нагрузках в позвоночнике вероятны серьёзные смещения. Такие случаи встречаются на практике. Какие нагрузки при операции да ещё под наркозом? Ну слегка подвинули или неловко переложили... этого вполне достаточно, чтобы нанести травму позвоночнику при выключенной нервной системе.

ВЕРНЁМСЯ К ДИСКАМ. *Диск* – упругое тело, состоящее из очень плотной соединительной ткани типа хряща. Содержание воды в диске около 50 %. Днём нагрузки на диски в несколько раз выше, чем ночью. Это приводит к тому, что днём вода из дисков постепенно выжимается, как из губки, диски становятся ниже. В связи с этим явлением общее укорочение позвоночника к вечеру может составлять до трёх и более сантиметров. В норме к утру всё восстанавливается, диски набирают влагу. Но это в норме. Бывает при перегрузке, неловком движении или другой какой причине нормальное положение позвонков нарушается. Позвонок может съехать вперёд, назад, вбок, развернуться в сторону. Сдвиг может быть совсем небольшим, но в головной мозг поступает сигнал обратной связи о неправильном расположении позвонков. И мозг выдаёт команду *блокировать дефектный сегмент*. А для блокировки есть только один способ – напрячь близлежащие мышцы. В результате дальнейший сдвиг позвонков блокируется, но появляется неприятный момент – постоянное ПОВЫШЕННОЕ напряжение (гипертонус) мышц. В дальнейшем события могут развиваться по нескольким сценариям, которые, впрочем, могут переходить друг в друга или развиваться одновременно.

Сценарий первый

САМЫЙ ЛЁГКИЙ СЛУЧАЙ – ОТНОСИТЕЛЬНО НЕБОЛЬШОЕ СМЕЩЕНИЕ, умеренное напряжение блокирующих мышц. Пациент может чувствовать небольшую усталость мышц спины, к утру усталость более или менее проходит, зато мышцы слегка побаливают. Боль легко снимается зарядкой. Это ещё не остеохондроз, но дорога к нему. Подозреваю, что гипертонус мышц спины может развиваться и без всякого нарушения, а как результат сбоя нервной системы. При таком развитии заболевания идёт два процесса. Первый – диски постепенно теряют влагу, уменьшаются по высоте. Это вызывается усиленным сжатием дисков днём и отсутствием полноценного ночного расслабления.

На этом этапе лечение позвоночника мануальным терапевтом не вызывает затруднений и даёт быстрый и стойкий эффект.

Одновременно с уменьшением высоты дисков за счёт дегидратации происходит и выдавливание дисков за границы тел позвонков. Если выдавливание происходит медленно, никаких особых неприятностей не замечается. Натягиваются продольные связки, а места концентрации напряжения *постепенно кальцифицируются*. Этот процесс уже хорошо заметен на рентгеновских снимках. На позвонках появляются *разрастания*, на снимке напоминающие клюв. Но «клюв» – это в проекции. На самом деле, это скорее, такая «юбочка», которая увеличивает опорные площадки позвонков, снижая удельную нагрузку на диски. Развитие разрастаний занимает уже несколько лет. Происходит дальнейшее уменьшение высоты дисков. Человек значительно теряет в росте, гибкость позвоночника сильно падает.

Иногда можно услышать (даже от врачей), что диски изнашивались, стёрлись. Это абсолютно неверно. Между диском и прилегающими позвонками нет места трению. **ПОЗВОНКИ И ДИСКИ, В ОТЛИЧИЕ ОТ СУСТАВОВ, НЕ СТИРАЮТСЯ!** Между позвонками и дисками невозможно трение, в месте контакта они представляют единое целое, срастаются!

Предлагаются также и способы «лечения» остеохондроза на этой стадии.

Самые «умные» предлагают препараты для ВЫВЕДЕНИЯ КАЛЬЦИЯ ИЗ ОРГАНИЗМА. Ведь то, что мы видим на рентгене при остеохондрозе, – отложения кальция в виде нерастворимых солей. Но кальций просто так не откладывается. Кальцием пропитываются напряжённые, чересчур натянутые расплюснутыми дисками связки. Благодаря этому процессу позвоночник укрепляется! Организм строит своеобразные подпорки для укрепления позвоночника. Эти разрастания в некотором роде мешают нормальному функционированию позвоночника. Теряется гибкость, подвижность, могут возникнуть другие нарушения. Время от времени чувствуются некоторые боли. Но, тем не менее, жить можно. Даже рано начавшийся остеохондроз не мешает завести и воспитать детей, а следовательно, линии, склонные к остеохондрозу, из эволюционного процесса не выводятся.

Да, кальций можно вывести из организма. Но выводится он отнюдь не из остеохондрозных отложений на позвоночнике. Выводится он из скелета. В результате – *ускоренное развитие остеопороза*. Скелет становится хрупким. А это гораздо опаснее, чем некоторое снижение подвижности позвонков.

А теперь представим – наши выдающиеся учёные (каждый день слышу рекламу об очередном изобретении российскими выдающимися учёными очередного чудо-препарата или очередного прибора для лечения множества заболеваний) изобрели на основе нанотехнологий (модное слово) лекарство, избирательно выводящее кальций только из «ненужных» отложений на позвонках.

Только почему-то никогда не слышу фамилий этих учёных. Засекречены? Или просто стыдно за явную халтуру? Всё-таки чувство стыда осталось, чтоб признаваться в авторстве очередного бесполезного препарата или прибора. Но не настолько сильное, чтобы прекратить обманывать бабушек бесполезными препаратами и получать за это гонорары. Прямо по Энгельсу: «Обеспечьте 300% прибыли – и нет такого преступления, на которое не рискнул бы капитал хотя бы под страхом виселицы».

Ну ладно, предположим, что с помощью чудо-препарата вывели лишний кальций из разрастаний на позвонках. И даже ухитрились не затронуть весь остальной скелет.

Выздоровеет пациент после такого лечения? Да нет, потому что лишённые опорных площадок расширенные позвонки под воздействием мощных мышц моментально продавят диски, а мышечное напряжение выведением кальция ведь не снимется. Пациент становится полным инвалидом – вместо остеохондроза появятся *множественные дисковые грыжи!*

Равным образом коммивояжеры от медицины для лечения остеохондроза в целях укрепления позвоночника предлагают КАЛЬЦИЕВЫЕ ПРЕПАРАТЫ. Естественно, на остеохондроз никакого влияния эти препараты не оказывают, разве что отложения становятся более плотными и развиваются чуть быстрее...

Ну и ещё «народный» способ лечения и остеохондроза, и дисковых грыж – всего лишь ПОТЯНУТЬ ПАЦИЕНТА за руки и ноги или дать ему повисеть на перекладине, чтобы растянуть позвоночник. Уверяю, при таком способе лечения скорей оторвутся руки и ноги, чем произойдёт хоть малейшая подвижка в позвоночнике. Усилия, развиваемые мышцами, блокирующими позвоночник, много больше усилий, которые можно приложить к рукам и ногам пациента для вытяжения позвоночника.

Ну и, конечно, генеральная идея – «ЗАКАЧИВАТЬ» МЫШЦЫ СПИНЫ, чтобы они удерживали позвонки на месте, и тем самым разгружали позвоночник – НЕ РАБОТАЕТ.

ВАЖНО! Лечить остеохондроз можно и на этом этапе. НО! Одно дело вылечить боль, пусть даже очень сильную, и совсем другое – заболевание. Опыт показывает, что только многолетний, регулярный уход за позвоночником позволяет избавиться от деформирующих разрастаний позвонков.

Сценарий второй

По какой-либо причине произошло ГРУБОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ПОЗВОНОЧНИКА. Причины могут быть очень разные. Например, поднял большую тяжесть без предварительной разминки. Или взял любимую на руки. Или неловко прыгнул с вышки в воду. Вытолкнул машину из канавы. Интересно, что у людей, занимающихся физическим трудом или спортом, такие неприятности сравнительно редки. И мышцы, и позвоночник у них адаптированы к повышенным регулярным нагрузкам. Ключевое слово здесь – РЕГУЛЯРНЫМ. Но вот если бывший спортсмен, много лет не тренировавшийся и даже не делавший зарядку, вспомнит молодость, то шансов зарабо-

тать неприятности у него много больше. Большие нарушения статики вызывают, соответственно, и большие, быстро нарастающие мышечные напряжения.

Подстроиться под быстрое изменение нагрузки позвоночник не успевает и в диске ПОЯВЛЯЕТСЯ ТРЕЩИНА, нарушается целостность оболочки. Более мягкое содержимое выдавливается из диска наружу. Это и называется *дисковой грыжей*.

Кстати, грыжу можно заработать и без всяких физических усилий и сдвигов позвонков. Мышцы, блокирующие позвоночник, иногда включаются и *при переохлаждении*...

СОБСТВЕННЫЕ НАБЛЮДЕНИЯ. Вёл я как-то, лет 20 тому назад, приём. И случилось очень маловероятное событие. До обеда на приём почему-то шли подряд одни здоровенные мужики, за 100 килограмм, некоторые даже за 150. И я с таким удовольствием их дёргал, приподымал рывком, даже самых тяжёлых (об этом приёме позже). И так всё хорошо и красиво получалось...

К обеду почувствовал некоторую сравнительно лёгкую боль в спине. Совершенно ничего страшного. Народ после обеда пошёл обычный, но боль стала постепенно нарастать. К концу рабочего дня стала очень сильной, почти невыносимой... домой добрался уже с большим трудом. Образовалась типичная дисковая грыжа...

Лечение заняло около двух месяцев, а вздёргивать пациентов после этого боялся, наверное, целый год.

ВАЖНО! Развитие дисковой грыжи происходит не сразу после возникновения смещения или другой травмы. На развитие требуется время. По моим наблюдениям, от часа (редко) до нескольких недель. Иногда месяц или больше. Обычно несколько часов или день-два. Но боль в это время достаточ-

но умеренная. Диск еще целый. Болят не разрывы в диске, не зажатые нервы, болят мышцы, работающие в экстремальном режиме. Если в это время удастся посетить мануального терапевта, всё лечение займёт от одного до двух-трёх сеансов. И никакая грыжа не разовьётся. А если под рукой нет мануального терапевта? Что делать в этом случае? Я не любитель таблеток, но в этом случае рекомендую принять что-нибудь обезболивающее, прекратить все физические нагрузки и искать мануального терапевта или костоправа. На всякий пожарный случай хорошо заранее побеспокоиться о телефоне... сэкономите много времени и денег, а также обойдётесь без длительных мучений.

Сценарий третий

Нагрузка на позвоночник ударная и очень сильная. Например, при падении или автомобильной аварии. В этом случае ДИСК МОЖЕТ ПРОДАВИТЬ ПОЗВОНОК. В позвонке, да-да, в позвонке образуется вмятина. Резкие и очень сильные нагрузки кость выдерживает хуже, чем диск. Такая вмятина в позвонке называется *грыжей Шморля*. В предельном случае при ударной нагрузке весь позвонок может сплющиться, уплощиться, вдавиться сам в себя. Это уже *компрессионный перелом*.

ЧТО ДЕЛАТЬ В ЭТОМ СЛУЧАЕ? При таком развитии событий обязательно сделать рентгеновский снимок, снять нагрузки с позвоночника и ждать 2–3 или больше месяцев, пока срастётся. А потом – к мануальному терапевту. Убирать последствия. Ведь и грыжи Шморля, и компрессионные переломы, как правило, сопровождаются и смещениями и блокировкой сегментов позвоночника. А последствия – смотри сценарий первый и второй.

ВАЖНО ОТМЕТИТЬ, и практика это вполне подтверждает, что после компрессионных переломов и грыж Шморля позвоночник **МОЖНО И НУЖНО** лечить с помощью мануальной терапии.

Многие из пациентов видели или испытали на себе работу мануального терапевта. Всё очень просто и быстро. Наклон головы вперёд – назад, поворот вправо – влево, ещё несколько лёгких движений и, наконец, лёгкое движение, треск в позвоночнике – всё, лечение окончено. На самом деле лёгкость работы терапевта обманчива, работа с шейным отделом позвоночника – очень серьёзное и ответственное дело. **ПЫТАТЬСЯ ПОВТОРЯТЬ ДВИЖЕНИЯ ВРАЧА ПРОСТО ТАК, КАК ВИДИТСЯ, НЕ ПОНИМАЯ СУЩНОСТИ, – ОЧЕНЬ И ОЧЕНЬ ОПАСНО.**

Обман?

Что же является самым главным при проведении манипуляций на позвоночнике, особенно на шейном отделе? Можно долго перечислять различные условия, но мне кажется, самое важное – умелый **ОБМАН**. **ОБМАН?** – спросит недоверчиво читатель, тот, которого уже успешно лечили, – но ведь помогло...

А другой, наоборот, радостно – ну конечно **ОБМАН**, меня ведь уже лечили-лечили, а ничуть лучше не стало. Значит, обманули. Речь будет, конечно, не о таком обмане. Кстати, в далёкие, ещё брежневские времена в одном полуюридическом издании меня так и обозвали шарлатаном, то есть обманщиком.

Ну, времена тогда были такие...

Так вот насчёт обмана – признаюсь как на духу – провести манипуляцию на позвоночнике, особенно на шейном отделе, без изрядной доли обмана невозможно. А если всё-таки проведёшь, то, скорее всего, покалечишь пациента. Или сделаешь ему очень больно. Почти все видели фильмы с великолепным актёром и преуспевающим губернатором. Так вот, в каждом фильме он проводит не менее двух манипуляций на шейных отделах позвоночника не очень хороших людей. Увы... кончается печально, не очень хорошие люди не исправляются, а помирают. Потому, что Шварценеггер работает без обмана, честно...

НА САМОМ ДЕЛЕ при попытке провести манипуляцию на шее любой человек будет отчаянно сопротивляться до последней возможности. Сопротивляться рефлекторно, бессознательно. Будет беречь свой позвоночник от перелома, а спинной мозг от разрыва. Так уж заложила природа. А возможности для сопротивления достаточно велики. Об этом мы уже писали.

Так вот, если лечили-лечили – и не помогло, значит, лечили не то, диагноз был неправильный (ранее был описан пример, как при остром миозите врач установил сразу три (!) причины острой боли и все три ошибочно). Конечно, лечение, опирающееся на неверный диагноз, приносит мало пользы больному и много лечащему врачу (по секрету – миозит часто и без лечения проходит, но вот, сколько при этом придётся помучиться и сколько заплатить...). Либо у врача низкая квалификация, лечил не так, что-то не учёл, не научился правильно обманывать.

Кстати, диагноз может быть правильным по сути, точным, но бессмысленным, никчёмным, пустым. Приведу пример.

Лечится у меня одна дама, лет 65, достаточно острые боли в шее. Спрашивает: а что мы, собственно, лечим? – Ну здесь остеохондроз, – объясняю, здесь зажат нерв, здесь вот воспалена мышца, всё это возможно одновременно, так чаще всего и бывает у пожилых пациентов.

– Хочу сделать хорошую диагностику, – говорит моя пациентка, – хочу сходить в специализированный диагностический центр, там хорошие врачи и компьютеры, хочу узнать точно, что же мы лечим...

Ну сходила, приходит радостная, сияет: – Вчера целый день со мной работали, на компьютере смотрели, консилиум собрали (консилиум, во!), поставили точный диагноз. – Ну и? – спрашиваю.

Я, – говорит, – не помню, что-то серьёзное, но вот тут мне записали. Достает солидный бланк, читаю диагноз – ЦЕРВИКАЛГИЯ. – Да, – говорю, – диагноз абсолютно точный, а как переводится, что значит, знаете? Вам объяснили, что это такое? – Да нет, – говорит, – но что-то нехорошее, мне сказали. Но ведь если диагноз правильный, то лечить легче будет? – Перевести? – Да. Перевожу милой и наивной пациентке: ЦЕРВИКАЛГИЯ – БОЛИТ ШЕЯ, по-нашему, то есть на русском языке. Болит шея, и ничего больше. То есть пациентка пришла и сказала, что у неё болит шея. Её целый день мурыжили «исследователи» и поставили диагноз – болит шея, только на латыни, но записали кириллицей! Бред!

Диагноз абсолютно точный, но бессмысленный! Такой диагноз не несёт абсолютно никакой новой информации, по сравнению с первоначальной жалобой пациентки. Только констатирует факт заболевания. И естественно, совершенно ничем помочь при лечении не может! Любой снимок дал бы информации в 100 раз больше, не говоря уже о томографии.

Но даже магнитно-резонансная томография даёт далеко не полную картину заболевания, надо самому думать и интерпретировать.

Честно говоря, не знаю, что хуже – такой вот «точный» диагноз мошенников, наживающихся на наивных пациентах, или три ошибочных диагноза малоквалифицированного и напуганного острой болью врача...

Хорошенько подумал и решил – мошенники всё-таки хуже. Ведь они не ОШИБАЮТСЯ, они СОЗНАТЕЛЬНО ОБМАНЫВАЮТ. **Я НЕ ВЕРЮ**, что члены консилиума, поставившие диагноз «цервикалгия» и взявшие за это деньги, не осознавали своего жульничества.

Я не юрист, точное определение такому деянию дать не могу, но квалифицировал бы его как **МОШЕННИЧЕСТВО, СОВЕРШЁННОЕ ГРУППОЙ ЛИЦ ПО ПРЕДВАРИТЕЛЬНОМУ СГОВОРУ**.

И ещё – плохой врач может повысить квалификацию и стать хорошим врачом. А чему можно научить мошенника? Лучше обманывать и стать более квалифицированным мошенником?

Работа мануального терапевта при лечении шейного остеохондроза

ПЕРВЫЕ ЭКСПЕРИМЕНТЫ ПО РАБОТЕ С ШЕЙНЫМ ОСТЕОХОНДРОЗОМ рекомендуется проводить на пациентах не старше 30, не моложе 15, лучше женского пола (не потому, что их не так жалко, просто с ними легче).

Конечно, лучше всего попросить опытного мануального терапевта поставить вам руки и пройти у него хотя бы небольшую практику. Но ещё не факт, что в пределах досягаемости

найдётся подходящий врач, тем более такой, что захочет с вами возиться и передавать свой опыт. Оно ему надо?

Итак, берёте подходящий объект и усаживаете его на стул. Поскольку опыта у вас мало – долго растягиваете мышцы шеи, как при миозите – методика приведена выше.

НАПОМИНАЮ – усаживать пациента нужно так, чтобы его спина плотно соприкасалась с вашим животом. Для чего это нужно? Чтобы почувствовать, если пациенту будет больно.

Приступаем к манипуляции

Обычно для шеи достаточно двух движений в каждую сторону. Первое в основном лучше работает с верхним отделом шеи, и оно мне кажется более простым. С него и начинайте. Пациент сидит на стуле, правой рукой поддерживаете подбородок, левая на голове пациента справа (рис. 8). Если пациент физически не развит – девушка, ребёнок – движение удобно производить кистью, в противном случае лучше использовать предплечье – рычаг короче, движение получается более мощное.

ТЕПЕРЬ ПАЦИЕНТА НАДО РАССЛАБИТЬ. Для этого попросите его полностью опереть подбородок на вашу правую руку и слегка покачивайте голову пациента левой рукой, как бы прокатывая её по правой. Покачивая, пытаетесь опустить

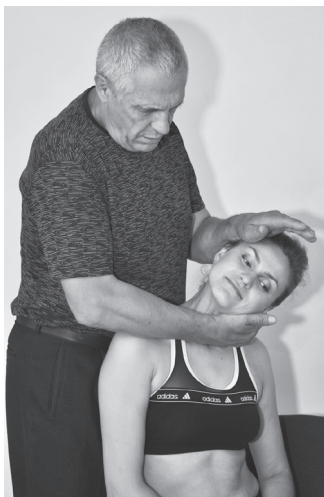


рис. 8

голову как можно ближе к левому плечу, **НО БЕЗ БОЛИ**. Работаете примерно так: покачали – чуть придавили, проверили до конца ли, опять придавили. Надо отметить, что большинству нормальных людей такая процедура не нравится, особенно если врач неопытный. И те, кого лечили, и те, на ком процедура проводится в первый раз, вполне обоснованно в этот момент ждут от врача какой-нибудь подлости. И совершенно справедливо. Врачу-то нужно провести манипуляцию на шее, а это не очень приятно. Если пациент ждёт неприятности – то что? – мышцы непроизвольно напрягаются. А если врач проводит манипуляцию на шее с напряжёнными мышцами, процедура получается плохо, с болью и не полностью. И в следующий раз этот пациент будет доверять вам ещё меньше, и получится ещё хуже.

Что делать? Научиться правильно обманывать и расслаблять пациента, чтобы он не ждал подвоха. На самом деле полностью расслабить шею даже на несколько секунд невозможно. Но при покачивании можно заметить, что время от времени шея расслабляется буквально на половину или четверть секунды. И как раз в этот короткий промежуток времени и следует проводить манипуляцию. В нашем случае левой рукой нажимаете на голову так, чтобы резко наклонить голову влево.

НО, ВНИМАНИЕ! Лечебное движение можно произвести только выбрав весь люфт позвоночника, с крайней доступной точки наклона. И при полностью расслабленных мышцах. Амплитуда движения не более одного сантиметра. Если движение будет более размашистое, можно серьёзно повредить позвоночник.

Если эти условия соблюдены, пациент не чувствует никакой боли. При не очень запущенном остеохондрозе во время проведения манипуляции слышится отчётливый треск, чаще 2–3, реже до 5–6 чётко различимых щелчков.

ЕЩЁ РАЗ ВНИМАНИЕ! – АМПЛИТУДА ДВИЖЕНИЯ НЕ БОЛЬШЕ ОДНОГО САНТИМЕТРА!!!

Читатель может заметить, что процедура оказывается чересчур длинной. Да, это так. Опытный врач хорошо чувствует пациента, его мышцы, скелет, связки, чувствует, когда он хорошо расслабился, и можно начинать манипуляцию и не тратит лишнее время. Но предполагаю, что читатель данного текста ещё неопытен и большой очереди к нему пока ещё нет...

А потраченное время компенсируется безопасностью, что очень и очень важно.

Естественно, движение необходимо выполнять в обе стороны. Куда и какую руку укладывать при проведении манипуляции в сторону, противоположную описанной, обучающийся должен сообразить сам. Если же у вас не хватает для этого интеллекта, занятие мануальной терапией для вас категорически противопоказано. Займитесь лучше политикой или компьютерной диагностикой...

Жульнические диагнозы (отступление)

Сначала я не думал писать на эту тему. Но выше написал про мошенников, зарабатывающих на жульнических диагно-

зах, а тут ещё пациент пришёл с диагнозом, солидной такой многостраничной распечаткой на цветном принтере – «КОМПЬЮТЕРНЫЙ ДИАГНОЗ» называется. Естественно, просит, чтобы я внимательно ознакомился с распечаткой.

Такие «диагнозы» довольно часто пациенты приносят. В каждом много-много картинок, где на разрезах тела цветными квадратиками, кружочками, треугольниками выделены зоны прошлых, настоящих и будущих заболеваний. Не знаю насчёт будущих заболеваний – возможно, они будут. Трудно судить о прошлых – зачастую проходят и следа не оставляют. Но – в настоящем присутствующие заболевания и картинка, выдаваемая компьютером, обычно ничего общего между собой не имеют. Если и есть иногда совпадения с реальностью, то, скорее всего, случайные. Это как астрологический прогноз в газете – да, совпадения бывают, но чаще нет...

КАК ДЕЛАЮТСЯ ТАКИЕ КАРТИНКИ? Очень даже просто. Становится пациент на латунные электроды, в руки берёт пару электродов, на голову надевает ещё одну пару. На электроды подаётся небольшое напряжение, и замеряются токи. Короче, меряются сопротивления между всеми электродами. Во избежание поляризации электродов, измерения ведутся на токах переменной полярности. Может быть, идея и хорошая, но у человека в норме сопротивление кожи на порядки больше сопротивления всего, что внутри. И легко меняется в очень широких пределах от разных обстоятельств. А программа, заложенная в компьютер, интерпретирует эти данные, расписывая несуществующие болезни и пропуская наличные. И что бы ни говорили идеологи такой диагностики, воспользоваться ею вам никогда не удастся. Шарлатанство и обман!

Иногда встречается и продолжение. Компьютер под несуществующую болезнь подбирает лекарства, которые не

нужно принимать внутрь, они действуют бесконтактно. Таблетка в упаковке или ампула наклеиваются на кожу и так, эмпатически (дистанционно), путём излучения осуществляет своё действие! Всё это прикрывается большим количеством псевдонаучных рассуждений.

Продолжаем лечение

СЛЕДУЮЩАЯ ПРОЦЕДУРА ОКАЗЫВАЕТ БОЛЬШЕЕ ВЛИЯНИЕ НА НИЖНИЙ ОТДЕЛ ШЕИ.

Для её проведения попросите пациента максимально (но без боли) наклонить голову вперёд и в этом положении повернуть её вправо (*рис. 9*). Голова при этом лежит на вашей правой руке, а левая – сверху.

Естественно, амплитуда наклона и поворота очень индивидуальна, но, как и в предыдущем случае, важно выбрать все люфты и при этом добиться расслабления пациента. Рабочее скручивающее движение проводится очень коротко, в пределах одного сантиметра. При этом обычно раздаётся один–два–три щелчка.

ВНИМАНИЕ! Не стоит добиваться щелчков любой ценой, можно нанести травму. Помните, во всех сомнительных случаях лучше не доделывать, не довернуть, не додавить. У некоторых пациентов вправление может проходить совершенно беззвучно!



рис. 9

НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ОШИБКА при проведении манипуляции на шее – проведение движения с разгона. После того как вы выбрали все люфты, сразу начинайте рабочее движение. НЕ ОТВОДИТЕ ГОЛОВУ ДЛЯ РАЗГОНА! **ТРАВМООПАСНО...**

Изредка вам могут встретиться пациенты, которые попытаются руководить вами, подсказывать, что и как делать, опираясь на свой опыт лечения у других врачей. Тот и там лечил меня так-то и делал так. Ничего хорошего из этого не получается. Всегда работайте по-своему, делайте так, как у вас набита рука, как вы считаете нужным. От несогласных лучше сразу избавляться.

Никогда не позволяйте руководить собой! (отступление)

Ещё одна история или пример неудачного лечения.

Довольно давно, лет 15 назад, ко мне на приём пришла очаровательная женщина. Около 40 лет, в стиле русской красавицы, русая коса до пояса, всего везде много и огромные голубые глаза. Такие обычно хлеб-соль подносят VIP-гостям. В то же время чувствуются незаурядный интеллект и сила воли. По профессии врач, хирург, кандидат медицинских наук. В общем, я был очарован по полной программе.

Пожаловалась на шейный остеохондроз со всеми сопутствующими неприятностями. Рассказала, что была у нескольких мануальных терапевтов, но никто ей помочь не смог. Начал лечение. Произвёл 4 или 5 сеансов, всё пошло

очень хорошо, головные боли, головокружения прекратились, пациентка довольна и меня нахваливает. А я плыву...

И вот после этого приносит она мне свежий снимок и говорит – вот тут остистый отросток не так развёрнут, а тут позвонок не так стоит. И уговорила же она меня лечить её по ЕЁ методике, делать то, что ОНА считала нужным. И так, как считала правильным. Задавила авторитетом и обаянием, а я уступил по глупости и слабости характера. Сделал, как хотела. Через два часа возвращается – голова кружится. Переделываю. На следующий приём приносит новые снимки, опять переделываю. И так много-много раз. Господи помоги, я, наверно, полгода не мог с ней после этого расстаться, пока она не переключилась на филлиппинцев. Что ни сделаю – только хуже становится... до сих пор с дрожью вспоминаю...

Подозреваю, что другими мануальными терапевтами она тоже руководила... умная ведь и красивая...

Выводы и рекомендации

НИКОГДА НЕ ПОЗВОЛЯЙТЕ РУКОВОДИТЬ СОБОЮ!

При любом раскладе вы отвечаете за всё. Как бы пациент ни настаивал на особом подходе, на своей исключительности, на своём опыте и знаниях – он ни за что не отвечает. Если корабль потерпел крушение – виноват капитан; покалечили пациента – виноваты вы. Что бы пациент вам перед этим ни говорил, как бы ни уговаривал, лучше отказаться от «разбирающегося» пациента, чем нанести ему травму и получить кучу неприятностей.

Для таких я давно выработал универсальную формулу – здесь работаю Я, лечу только ТЕХ, кто полностью доверяет МНЕ и слушает только МЕНЯ. Делаю только то, что считаю

нужным, и так, как считаю нужным. Мои пациенты выполняют МОИ, и только МОИ рекомендации. Если не устраивает – ищите ДРУГОГО врача...

И ещё один очень важный совет. Когда-то, давным-давно один очень хороший врач и человек, ныне уже покойный, дал его мне. Передаю дальше.

НИКОГДА НЕ РАНЖИРУЙТЕ ПАЦИЕНТОВ! Со всеми работайте в полную силу. К сожалению, современная глубоко пропитанная коммерцией медицина утратила этот принцип. Пациентов делят на ранги в зависимости от их платёжеспособности и известности. Скажем так, знаменитого артиста или губернатора врач будет лечить совсем не так, как нищую бабушку. Но очень важных персон попадаетея не так много. И когда врач такому пациенту хочет сделать больше и лучше, чем остальным – получается плохо. Рука-то не набита на такую работу. **ВСЕГДА РАБОТАЙТЕ ОДИНАКОВО ХОРОШО. СО ВСЕМИ.**

Очень много достойных людей пострадало и погибло лишь от того, что их пытались лечить лучше, чем остальных!

ГЛАВА III

НЕУДОБНЫЕ ПОЗВОНКИ, ИЛИ ВДОВИЙ ГОРБ

Есть у человека два позвонка. Они расположены на границе двух верхних отделов позвоночника. Седьмой шейный и первый грудной. Иногда они смещаются кзади, и у человека образуется этакая «холка». Раньше на Руси такую холку называли «вдовый горб», хотя такой горб бывает и у совсем молодых девушек и юношей. У женщин за... (возраст – вставьте сами) всё-таки чаще. Такой горб легко образуется, если человек проводит много времени с низко опущенной головой. Поэтому и «вдовый горб», что жизнь вдовы в те времена явно была не сладкой. У людей, склонных к полноте, на этой «холке» вдобавок может откладываться жир, тогда она и вовсе становится безобразной. Сейчас такой горб легко образуется у прилежных учеников, студентов, бухгалтеров, юристов, программистов и других работников «сидячих» профессий. Если холка достаточно развита, шея и голова наклоняются и смещаются вперёд, осанка приобретает некие архаичные, «питекантропистые» черты, что само по себе не очень эстетично. Как правило, одновременно развивается *грудной кифоз* (сутулость, вплоть до выраженного горба) и впалая грудь, что не добавляет такому пациенту очарования. Ну а кифоз грудного отдела неминуемо вызывает *лордоз* (прогиб вперёд) поясничного, что тоже некрасиво. Но красота ещё не всё. Вдовый горб может приводить и к *немалым страданиям*, а именно:

- боли неясного характера в шейно-воротниковой и прилегающих к ней зонах. Иногда эти боли переходят в затылок.

Массажисты очень любят массировать эти места (удобно массажисту и приятно пациенту), но облегчение, как правило, незначительно и кратковременно. Отложенный жир при большом старании массажем снять можно, но поставить позвонки на место – нельзя. Усилия, прикладываемые массажистом, на порядок меньше требуемых для сдвига позвонков;

- онемение рук. В лёгких случаях немеют пальцы, чаще мизинец и безымянный, реже остальные. В запущенных, тяжёлых случаях онемение может распространяться на всю руку вплоть до потери трудоспособности и паралича. Довольно часто такое заболевание пытаются лечить массажем и физическими процедурами пострадавшей конечности. Естественно, бесполезно, ведь причина находится в позвоночнике. Иногда пациент может полностью потерять возможность делать мелкие точные движения, например, писать и в связи с этим потеряет работу ...

Насколько я знаю, большинство мануальных терапевтов эти два позвонка (7-й шейный и 1-й грудной), обходят стороной, не любят, «не замечают». По крайней мере, так было ещё несколько лет назад. Почему? Да потому что приёмы работы с шейным и грудным отделами позвоночника на этих позвонках не проходят, так как требуется особая, довольно жёсткая ударная техника.

Работа мануального терапевта с неудобными позвонками

Уложите пациента ничком на достаточно жёсткую кушетку (кровать и диван не годятся). В домашних условиях можно на пол. Лоб опирается на скрещенные ладони. Лоб,

а не подбородок. Голова слегка наклонена, плечи расслаблены и опущены к поверхности кушетки (рис. 10). Проследите, чтобы на пальцах пациента не было перстней, после лечения отпечатки могут остаться на лбу. Нос не должен упираться в кушетку, иначе пациент может получить травму.



рис. 10

Затем свои пальцы левой руки (указательный и средний) уложите по бокам остистых отростков позвонков и сильно нажмите на них. Давить надо не перпендикулярно позвоночнику, что удобно и естественно, но бесполезно, а под углом примерно 45 градусов к продольной линии тела, вперёд (рис. 11). Под таким углом расположены диски в этой части позвоночника. Поэтому, если вы хотите сдвинуть позвонок, усилие должно прилагаться параллельно плоскости возможного скольжения, то есть параллельно дискам.

Но пальцы при таком движении не могут передать на позвоночник достаточную нагрузку и их действие нужно усилить запястьем правой руки, одновременно производя лёгкие покачивающие и вращательные движения, как бы вжимая и

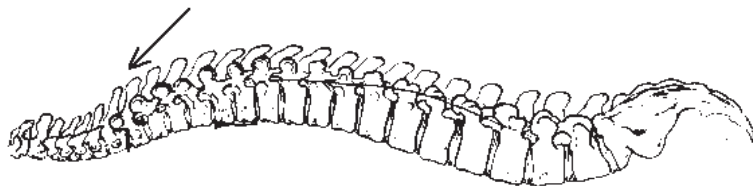


рис. 11

вдавливая позвонки вниз (рис. 12). Усилие от давления запястья передаётся в основном на пальцы и частично на остистые отростки. Затем процедура повторяется два раза, с поворотом головы в одну и другую стороны (рис. 13, 14) соответственно. Иногда при осмотре можно заметить, что остистые отростки 7-го шейного и 1-го грудного позвонков смещены влево или вправо и располагаются несимметрично.



рис. 12

Это ещё не манипуляция, это ПРЕДВАРИТЕЛЬНАЯ РАЗМИНКА.

При этом допустима только очень лёгкая боль. Регулярное проведение такой разминки само по себе может дать значительное облегчение заболевания и в ряде случаев убрать го-



рис. 13



рис. 14

ловные боли и онемение рук. Естественно, на молодых людях процедуру проводить проще, легче и безопаснее. Учиться же следует только на молодых! Не потому, что их не так жалко, а потому что вероятность нанести травму намного меньше.

Проведение приёма

Не снимая давления пальцев левой руки с позвоночника, кулаком правой руки наносите по ним удары. Удары наносятся сильно, под углом к голове, в том же направлении, что и давление пальцев (рис. 15). Удар должен быть тяжёлым, прилипающим. Основное давление удара распределяется по пальцам, и только небольшая часть приходится на остистые отростки.



рис. 15

Приём достаточно неприятный для пациента, не то чтобы болезненный, а просто неприятный. Поэтому его надо выполнять точно и ограничиваться минимумом необходимых ударов. Мне обычно хватает двух. Перед проведением приёма пациенту желательно объяснить суть предстоящего действия и что будет неприятно, не больно, а просто неприятно. Всего пару секунд. Зато руки неметь перестанут. И «холка» пропадёт. Ради красоты женщины готовы и не такое вытерпеть...

ВНИМАНИЕ! Иногда при крепком сложении пациента или при запущенном остеохондрозе сдвинуть вперёд указанные позвонки не удастся. Силу ударов наращивать до бесконечности нельзя. В этом случае поможет СЛЕДУЮЩИЙ ПРИЁМ.

Уложите пациента, как указано выше, и внимательно прощупайте выступающие позвонки. Часто они располагаются не вполне симметрично, смещены влево или вправо. Если остистые отростки позвонков смещены влево, попросите пациента повернуть голову вправо, не меняя наклона головы. При этом остистые отростки сместятся ещё больше влево, а в позвоночнике появится некоторое напряжение. После этого наносите удар по направлению вперёд–вниз–влево. Произвести первый сдвиг в этом направлении из-за напряжения в позвоночнике будет намного легче. Затем повторите процедуру при повороте головы в другую сторону.

СИЛА УДАРОВ. При правильно нанесённом ударе слышится характерный сочный звук. Слабый удар бесполезен, можно бить очень много раз, но если приложенная сила недостаточна, позвонки не сдвинутся с места, следовательно, проведение приёма бессмысленно. Ничего, кроме неприятных ощущений, пациент не получит. В то же время бить слишком сильно – опасно, можно нанести травму. Понятно, что чем старше пациент, чем хуже физическая форма, тем меньше разница между силой, необходимой для сдвига позвонка, и травмирующей. У пожилых людей при запущенном остеопорозе эта разница становится отрицательной, позвонки легче разрушить, чем сдвинуть, тогда проведение приёма невозможно...

А ДО КАКОГО ВОЗРАСТА МОЖНО ВСЁ-ТАКИ ПРОВОДИТЬ ЭТОТ ПРИЁМ? Точно не знаю. Не могу ответить. Всё очень индивидуально. Бывают и в 40 лет глубокие старики, к которым страшно прикасаться. А бывают и в 70 молодые люди. Решение каждый раз принимается индивидуально для конкретного пациента. В любом случае если пациент пришёл

к вам первый раз в 70 лет, ударную технику на нём я бы применять ни в коем случае не советовал. ПОМНИТЕ – в случае любой неприятности виноваты будете ВЫ, и, даже если вы абсолютно ни в чём не виновны, то родственники, да и некоторые пациенты с готовностью повесят вину на вас и попытаются ободрать по полной программе. Даже если вы работаете на чисто благотворительных началах. Всегда учитывайте такую возможность.

ПРИМЕР: прибегает мой директор в глубокой панике – ваш пациент в реанимации, только что жена позвонила. И как бы даже обвиняет, вот жил, жил муж, сходил к мануальному терапевту на сеанс и попал через неделю в реанимацию, инфаркт миокарда случился. Смотрю в карточку, выясняю. Пациенту всего 50 лет, полный крупный мужчина. Лечился по поводу дисковой грыжи, привезли с очень острыми болями. Лечение прошло успешно, боли прошли, стал свободно передвигаться. Никаких проблем с сердцем ранее не отмечено. Звоню жене. Было очень жаркое лето, выдался особенно жаркий день. Пациент несколько месяцев не выходил из дома, в основном лежал. Когда прошли боли – поехал из Подмосковья в Москву. Целый день проходил по магазинам, уж не знаю с какой целью. Здорово перегрелся и переутомился, детренированное сердце не выдержало, и к вечеру случился инфаркт...

Ну при чём тут мануальная терапия?...

В то же время у меня есть пациенты, которых регулярно наблюдаю и веду 10, 20 и более лет. Сейчас некоторым из них 70 и много больше. И вот эти-то пациенты, которые пролечились уже много лет, как правило, очень любят эту довольно неприятную процедуру. Всегда требуют проведения, даже если не очень нужно, нет показаний. Говорят, что на них

она действует очень хорошо и стимулирующе. Опыт показывает – лечить с помощью мануальной терапии можно и очень немолодых людей при условии, что сеансы лечения начались в более молодом возрасте и проводятся достаточно регулярно и осторожно.

О роли физической силы при мануальной терапии (маленькое, но важное отступление)

Работа мануального терапевта в большой степени физическая. Размять, придавить, повернуть, ударить, приподнять, дёрнуть. Нередко попадаются пациенты большого веса с хорошо развитыми мышцами и мощным скелетом. Чтобы уверенно работать со всем этим, нужно иметь запас физической силы и роста. Но бывает и так: родители, посмотрев на физически хорошо развитого врача, пугаются – как бы он такими ручищами не травмировал их ребёночка. Он ведь такой маленький и хрупкий (ребёнок). Думают, что лучше, в целях безопасности, найти ему врача поменьше и с руками потоньше. И совершенно напрасно. Запас физической силы мануального терапевта позволяет проводить приёмы более мягко и безопасно.

Почему так происходит? Уже упоминалось, что движения при манипуляциях короткие, 1–1,5–2 см, – не более. Это общий принцип лечения в мануальной терапии. При выполнении любого движения, на любом отделе позвоночника, сначала выбираются все люфты, а затем БЕЗ РАЗГОНА И НЕ СНИМАЯ НАПРЯЖЕНИЯ проводится КОРОТКОЕ рабочее движение. В этом и только в этом случае приём полностью безопасен. Если силы и массы тела не хватает, от приме-

нения приёма надо отказаться, заменить его другим. Иначе приходится проводить манипуляцию, не выбирая предварительно люфты, с разгона, используя инерцию тела. При этом движение легко продляется за 2 см и может вызвать травму.

Прямая аналогия – тупой бритвой бриться больнее, а порезаться легче.

Ещё один ИНТЕРЕСНЫЙ СЛУЧАЙ.

Пациентке 45 лет. Во всех отношениях здоровая, ухоженная и красивая женщина. Кроме одного – не может говорить. Вернее, может, но речь тянется, как из испорченного магнитофона. Темп раза в 3–4 медленнее нормы. Слушать и понять, что говорит, почти невозможно. Двигательная активность и интеллект не нарушены, чужую речь воспринимает нормально. Поэтому вместо неё говорил муж. Заболевание длилось около года и началось внезапно. Были подозрения на опухоли головного мозга, на инсульт и ещё на что-то. Ничего не подтвердилось. Что лечить – непонятно. Ходила и в церковь, ходила и к экстрасенсам. Безрезультатно. Наконец один из экстрасенсов послал к мануальному терапевту. Просмотрел снимки, томограммы. Провёл свою диагностику. Всё в полном порядке, никаких отклонений. Ну, может, самый лёгкий остеохондроз. На всякий случай решил поработать с шеей. Размял, растянул. Уложил на кушетку, чтобы проработать холку. Прижал пальцами позвонки, ударил. И тут же услышал – ОЙ, ЯЗЫК РАЗВЯЗАЛСЯ. Сказала совершенно нормально. И всё. Всё лечение. Пациентка стала нормально разговаривать. Ну абсолютно нормально. Но почему это случилось – для меня совершенно непонятно. До сих пор. Хотя консультировался со многими специалистами.

ГЛАВА IV

ГРУДНОЙ ОТДЕЛ ПОЗВОНОЧНИКА

С одной стороны, грудной отдел позвоночника самый длинный (в норме – 12 позвонков), с другой – только в этом отделе присутствуют рёбра. Из-за наличия жёсткого рёберного каркаса подвижность позвонков, по сравнению с другими отделами, резко ограничена. Наиболее частое заболевание этого отдела – банальный остеохондроз, хотя встречаются и грыжи Шморля, и дисковые грыжи. Возможны и компрессионные переломы позвонков, и более серьёзные травмы. Но это уже работа для хирурга. Естественно, нельзя забывать и про различные искривления и нарушения осанки в этом отделе.

Диагностика и осмотр

При остеохондрозе в грудном отделе позвоночника пациент обычно чувствует боли неопределённого характера. Боль может быть слабой и еле заметной. А может быть и очень сильной, жгучей или стреляющей. Боли могут распространяться на область сердца, и тогда возникает страх перед инфарктом. Бывает и так – побывав два-три раза у кардиолога и не обнаружив инфаркта, пациент перестаёт обращать внимание на боли в области сердца. И в случае настоящего инфаркта не обращает на него внимания... со всеми печальными последствиями.

Поставьте пациента перед собой. Естественно, раздетого. Внимательно посмотрите на спину. Обратите внимание на общее состояние пациента. Насколько сутулится (*кифоз*), нет ли *сколиоза* или *лордоза*.

Внимательно посмотрите на плечи и лопатки. В норме высота плеч должна быть одинакова, а расположение лопаток – симметричным. Разная высота плеч и лопаток обычно, но не всегда, наблюдается при сколиозе грудного отдела позвоночника. Но может быть обусловлена и разным тонусом мышц слева и справа.

Попросите пациента нагнуть голову и наклониться, максимально сгибая спину, особенно в верхней половине. Обратите внимание на искривление позвоночника вправо-влево (*сколиоз*) и на положение отдельных позвонков. В согнутом положении легче заметить различные аномалии.

Попросите прогнуть спину назад, в стороны. Выясните, где появляется боль при таких наклонах. Заодно обращайтесь внимание не только на грудной, но и на поясничный отдел позвоночника.

Полученные данные РЕКОМЕНДУЕТСЯ ЗАПИСАТЬ. Практика показывает, что многие пациенты очень быстро забывают, что, где и как болело. Поэтому следует отмечать, в каком состоянии появился у вас пациент и что вы с ним делали, что именно лечили...

По мере лечения повторные пробы показывают, насколько успешно или безуспешно идёт лечение.

Большой вопрос – КАК ЗАПИСЫВАТЬ? Поначалу – пишите подробно, пригодится. Впоследствии сможете выработать схему упрощённой записи. Что-то вроде математических формул и нотной грамоты.

В моей практике бывали интересные случаи... Появляется пациент с очень сильной, запредельной болью. Ну, например, в пояснице или колене. Нерв ущемлён, артрит острый, вариантов много. А при первичном осмотре выявляется ещё несколько проблемных мест. Но жалоб на них нет.

СИЛЬНАЯ БОЛЬ заглушает более слабые боли, сознание до них не доходит, больной их не чувствует. Да ещё анальгетики принимает. Просит лечить только основное заболевание и не обращать на остальное внимание. Лечишь основное заболевание. Сильная боль проходит. Но вместо одной сильной появляется несколько слабых. Например, после излечения ущемления в поясничном отделе появились боли в колене, под лопаткой или в шее. Не такие уж и сильные, но, тем не менее, **ПОЯВИЛИСЬ ПОСЛЕ ВАШЕГО ЛЕЧЕНИЯ...**

И некоторые пациенты могут предъявить вам по этому поводу претензии. А кто-то и жалобу написать. И у него вроде есть основания. Да, поясницу вылечили, но под лопаткой-то разболелось после лечения!!!

Он же не понимает, что под лопаткой болело и до лечения.

Поэтому до начала лечения острой боли рекомендуется объяснить пациенту, что помимо основного заболевания у него есть ещё несколько других, не столь острых, что после лечения основного заболевания и отказа от анальгетиков он может почувствовать боли и в других местах. Ну и предложить схему лечения – всё сразу или по мере выявления. Главное, чтобы больной понял ситуацию.

Кроме того, следует отметить, что после нормального сеанса мануальной терапии пациент может почувствовать некоторое обострение заболевания. Во избежание испуга желательно объяснять пациенту это заранее.

Межрёберная невралгия (МРН)

Бывает так, что в груди появляется очень острая режущая боль. Характерный признак *межрёберной невралгии* – боль усиливается на вдохе. Характерная жалоба – как раскалённый гвоздь втыкают. Боль может возникать в различных местах грудной клетки. Выше, ниже, справа, слева. Ближе к позвоночнику или ближе к груди. Особенно пугаются пациенты, если боль появляется в области сердца. Некоторые, если по первому разу, умирать сразу собираются, больше от страха. Иногда заболевание может пройти само, а может перейти и в хроническую форму. Не то чтобы это было слишком опасно, но очень уж неприятно. Боли-то сильнейшие и жизнь портят соответственно. Боли при межрёберной невралгии могут напоминать боли при ущемлении нерва. ОТЛИЧИЕ – боли при МРН усиливаются при вдохе и изгибании позвоночника в сторону от источника боли, а боли при ущемлении – в направлении к источнику боли.

Работа мануального терапевта при лечении МРН

При признаках МРН уложите пациента на спину, ладонь левой руки разместите на больном месте, плотно прижав. Правой рукой нанесите тяжёлый шлепок по тыльной части левой кисти. Удар должен быть тяжёлым, прилипающим и проникающим внутрь.

Двух-трёх ударов обычно вполне хватает для избавления от этого мучительного заболевания.

ВНИМАНИЕ! Если пациент страдает циррозом печени, простукивание с правой стороны не показано. Печень заболит. Поэтому справа всегда сначала наносите пробные удары, легонько, и только если неприятные ощущения не появляются – в полную силу.

Несколько раз мне попадались пациенты с больной печенью, не знавшие об этом. Впоследствии диагноз подтверждался...

Работа мануального терапевта при лечении остеохондроза грудного отдела позвоночника

Уложите пациента на живот. С руками вытянутыми вдоль тела. Голова пациента повернута в сторону. Лучше от вас. Бывают случаи, когда голова в нужную сторону не поворачивается. Тогда уж укладывайте, как получится. Голова должна плотно лежать на кушетке. Часто пациенты, особенно неопытные, пытаются держать голову на весу. При этом мышцы вдоль позвоночника, включая поясничные, сильно напрягаются и мешают работе мануального терапевта. **ВСЕГДА ТРЕБУЙТЕ, ЧТОБЫ ГОЛОВА ПЛОТНО ПРИЛЕГАЛА К КУШЕТКЕ.** Пациент во время лечения должен быть максимально расслаблен.

КУДА УКЛАДЫВАТЬ? В обыкновенной квартире специальной кушетки, скорей всего, не найдётся. А кровать или диван не подходят, так как под воздействием нагрузки будут прогибаться. При этом работа сильно затрудняется и может стать невыполнимой. Если собираетесь работать регулярно – лучше всего заведите подходящую кушетку. Одно из главных требований – **ПРОЧНОСТЬ И ЖЁСТКОСТЬ КОНСТРУКЦИИ.**

Разнообразные массажные кушетки, имеющиеся в продаже, для работы мануального терапевта не совсем подходят как раз из-за малой прочности... Кроме того, для массажа используются кушетки более высокие, чем для мануальной терапии.

В домашних условиях при разовых приёмах можно пациента укладывать на пол. Работать на полу придётся стоя на коленях, но если пациентов не слишком много, в этом нет ничего страшного...

Иногда вместо кушетки можно использовать два прочных стола подходящей высоты. На пол или на столы, естественно, необходимо постелить что-нибудь мягкое. Скажем, ватное одеяло, сложенное вдвое, или лист поролон примерно 5 см толщиной.

Итак, пациент лежит. Не пожалейте минуты и слегка погладьте, помассируйте ему спину. Разумеется, руки у вас при этом должны быть тёплыми и сухими. Если ваши руки холодные – мышцы спины пациента напрягутся и дальнейшие действия будут затруднены. Не рекомендуется и использование крема. Если спина и руки намазаны кремом, проведение манипуляций сильно затрудняется...

Затем несколько раз медленно проведите локтём правой руки вдоль позвоночника, рядом с остистыми отростками. Положение локтя удобно контролировать указательным и средним пальцами левой руки (рис. 16). Сила нажатия должна быть такой, чтобы в мышцах пациента появилась лёгкая боль.



рис. 16

Обычно при этих действиях можно выявить некие локальные особенности, заметить, что некоторые области вдоль позвоночника более болезненны и более плотные, чем другие. Такие места обычно связаны с поражёнными сегментами и требуют более тщательной дополнительной проработки.

Удобно эту процедуру сразу же распространить и НА ПОЯСНИЧНЫЙ отдел позвоночника.

НЕ ПРИМЕНЯЙТЕ ЧРЕЗМЕРНЫХ УСИЛИЙ! ЭТО ОПАСНО! МОЖНО НАНЕСТИ ТРАВМУ...

Переходим к дальнейшему лечению...

Продавливание

Очень ответственная и самая опасная процедура при работе на грудном отделе. При неправильном проведении легко ломаются рёбра, особенно у пожилых пациентов.

Наклонитесь над пациентом. Уложите ваши руки ему на спину. Ваши большие пальцы соприкасаются. Остистые отростки позвонков располагаются между большими пальцами (рис. 17). (На самом деле руки можно укладывать по-разному, но для начала лучше как показано).



рис. 17

Руки полностью выпрямлены и напряжены, то есть «включены», что исключает их изгиб при нажатии. Слегка напрягите мышцы своего туловища. Ваше тело при этом должно стать жёстким, ригидным. Не сгибая рук, осторожно надавите на спину. Основное усилие распределяется между основаниями больших пальцев и запястьями.

Цель надавливания – убрать всевозможные люфты в системе кушетка – грудь – рёбра – позвоночник – руки.

ВАЖНО! Позвонки в грудном отделе располагаются под наклоном со скосом назад. Вверху скос больше, внизу – меньше. Поэтому если вы хотите произвести манипуляцию на этой части позвоночника, усилие следует прилагать под углом, больше вдоль тела, к голове. Естественно, если спина намазана кремом, руки будут скользить и воздействие не удастся.

ОЧЕНЬ ВАЖНО ДЛЯ ПОНИМАНИЯ ПРИНЦИПА РАБОТЫ МАНУАЛЬНОГО ТЕРАПЕВТА! Ещё в школьном курсе физики читатель наверняка встречался с законом Гука. Согласно этому закону, деформация тела в пределах упругости пропорциональна приложенному усилию. Биологические объекты и сложные системы этому закону, как правило, не подчиняются. К примеру – потяните себя за мочку уха. Вначале ухо очень легко и безболезненно удлиняется и меняет свою форму. Но с некоторого момента становится малоупругим и даже малые изменения размеров требуют значительных усилий и вызывают боль. При прекращении эксперимента боль моментально и полностью проходит. Автор не садист, но если (чисто гипотетически и умозрительно) эксперимент продолжить, то с некоторого момента ухо опять начнёт удлиняться, но уже травмируясь. Это значит, что после прекращения действия боль остаётся, а ухо воспаляется и опухает. Если продолжить – изменения станут необратимыми. Ухо начнет отрываться.

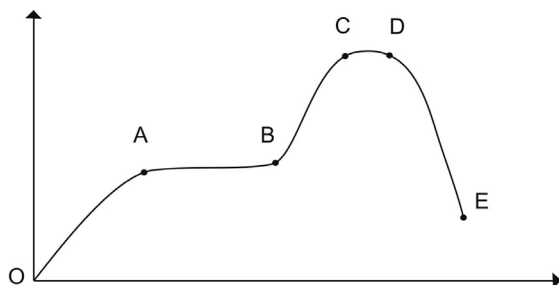


рис. 18

Полученный результат удобно отобразить на графике (рис. 18).

По горизонтальной оси будем откладывать относительное удлинение уха, а по вертикальной – необходимую для этого силу. Естественно, и то и другое в относительных единицах и в нелинейной шкале.

Рассмотрим график. Участок OA – увеличивается удлинение – увеличивается необходимое для этого усилие, оставаясь очень небольшим. На участке AB значительное удлинение практически не сопровождается увеличением необходимой для этого силы. В дальнейшем (участок BC) сопротивление уха внешнему воздействию сильно возрастает. Малое удлинение требует значительного усилия. В дальнейшем (CD) опять появляется плато. Правда, очень коротенькое. Нарастание растяжения на этом участке не вызывает увеличения растягивающей силы. А дальше увеличение растяжения сопровождается уменьшением потребного для этого усилия. Это участок DE. Если кривую продолжить – сила, необходимая для удлинения, устремится к нулю (ухо отрывается).

В эксперименте не обязательно использовать ухо. Можно сгибать или разгибать конечность, работать с позвоночником, суставами, мышцами или связками. Вид кривой при этом существенно не изменится.

Следует добавить, что на графике «деформация – нагрузка» у реальной биологической структуры может быть и больше одного пика. Но второй и последующие экстремумы (пики на графике) нам уже не интересны.

А теперь о различии работы массажиста и мануального терапевта.

Массажист работает на участках нагрузочной кривой вплоть до точки С. Участок ОА соответствует легчайшему поглаживанию, АВ – массаж умеренной интенсивности, ВС – массаж весьма энергичный. За точку С массажисты, как правило, не переходят.

А вот мануальный терапевт работает за точкой D. А за точкой D усилие при нарастании деформации падает. Что это значит? Это значит, что приложить усилие большее, чем $F(D)$, невозможно. Объект начинает разрушаться! Живой объект травмируется.

ПОЭТОМУ мануальный терапевт при работе ограничивает не силу. Мануальный терапевт осуществляет движение в определённых пределах амплитуды (протяжённости).

ВАЖНО!

Крутизна спада нагрузочной характеристики с возрастом меняется. Если у молодых здоровых людей эта кривая достаточно полого, то у пожилых становится крутой. Чем круче спад нагрузочной кривой, тем больше хрупкость пациента, тем осторожней надо относиться к нему во избежание травмы.

Короче – тренироваться лучше на молодых и здоровых. К пожилым пациентам переходить очень и ОЧЕНЬ осторожно...

Итак, продолжаем

Ваши прямые руки на спине пациента. Свободный ход позвоночника выбран. Руки прямые. Теперь делаем быстрое движение вперёд и вниз примерно на 2 см.

ОБЫЧНАЯ ОШИБКА – перед нажатием руки отводятся от спины и нажатие производится с разгона.

Если всё сделано правильно, должен раздаваться тихий характерный треск. Передвиньте руки на 2–3 см книзу и повторите процедуру.

НЕ ЗАБЫВАЙТЕ ПРО ЛЮФТЫ! НЕ ДЕЛАЙТЕ ДВИЖЕНИЕ С РАЗГОНА!

Повторите процедуру, снова сместив руки на 2–3 см к поянице.

Обработайте таким образом весь грудной отдел позвоночника. На это понадобится **ОКОЛО ДЕСЯТИ НАЖАТИЙ**.

Если пациент молод и остеохондроз не слишком запущен, проведённых манипуляций должно хватить.

Ограничения при проведении приёма

Пожилые, хрупкие больные. Недавние переломы рёбер. Свежие компрессионные переломы позвоночника...

Проверка результата

Проведите большим пальцем или локтём вдоль позвоночника рядом с остистыми отростками. Там при разминке

могли оказаться более плотные, ригидные, болезненные места. Нет их? Всё в порядке! Пациенту стало легче? Отлично!

ВНИМАНИЕ! При передозировке нажатия или работе с «разгона» возможны поломки рёбер. Будьте осторожны! Чем старше пациент – тем опасней работа с ним!

А что делать, если не хватает? Если сразу не получилось? Если пациент продолжает жаловаться на боль? Если не слишком молод?

Для этого есть и другие приёмы и методики.

Вздёргивание

При умелом проведении в не слишком запущенных случаях очень эффектен и эффективен следующий быстроедействующий приём. Он ценен тем, что при большой необходимости его можно проводить в полевых условиях, не укладывая и даже не раздевая пациента...

Поставьте пациента спиной к себе и заведите его руки за голову. Руки пациента со сцепленными пальцами за шей (рис. 19). Плотно обхватите подмышки пациента. Попросите его расслабиться. Некоторые пациенты при этом поджимают ноги, повисая на целителе. Этого делать не следует. Расслабить необходимо только спину. А дальше, слегка покачивая, выбирайте люфты, растягивая и слегка распрямляя спину пациента. При этом слегка отклоняйтесь назад, прогибая свою спину, тем самым увеличивая растяжение



рис. 19



рис. 20

(рис. 20). Прodelав эти манипуляции, сделайте короткий рывок вверх. Рывок короткий, порядка 5 см.

ВАЖНО! ПЕРЕД РЫВКОМ НЕ СНИМАЙТЕ НАТЯЖЕНИЕ И НЕ ДЕЛАЙТЕ ДВИЖЕНИЕ С РАЗГОНА!

При правильном проведении манипуляции раздаётся несколько хорошо слышимых щелчков...

Ограничения

- Преклонный возраст, артрозы плечевых суставов.
- Если физические параметры (рост, вес) пациента существенно превышают параметры терапевта: например, ваш рост 170 см, а вес 80 кг, – скорей всего, подобный приём с пациентом весом 140 кг при росте 190 см у вас не получится...
- Приём может быть опасным для целителя.

Лет 20 тому назад я лично заработал на нём дисковую грыжу. Обработал подряд более 20-ти человек. Весом от 100 до 150 кг... Потом долго лечился и больше года этот приём не применял. Боялся. Думаю, что обоснованно.

А теперь о самых неудобных пациентах

О людях пожилого и преклонного возраста, о людях с развитым остеопорозом и хрупкими костями. К сожалению, такие люди страдают остеохондрозом чаще молодых и здоровых. А скелет хрупкий, при проведении вышеописанных манипуляций возможны, более того, неизбежны тяжёлые травмы. Обычно от таких пациентов отказываются... Но ведь страдают... Что можно сделать в таких случаях? И можно ли?

МОЖНО!

Применяю в этих случаях УДАРНУЮ ТЕХНИКУ. Как же так? Давить нельзя, а бить можно? Да, можно. Только очень, и очень осторожно. Совсем лёгкое простукивание. Техника описана в разделе (см. выше) «НЕУДОБНЫЕ ПОЗВОНКИ, ИЛИ ВДОВИЙ ГОРБ».

Обрабатывается весь грудной отдел позвоночника. Удары наносятся чрезвычайно легко ЧЕРЕЗ ПЛОТНО ПРИЖАТЫЕ ПАЛЬЦЫ.

При работе ниже 3–4-го грудного позвонка руки пациента следует уложить вдоль тела, голову повернуть в сторону. Ни в коем случае не отрывать голову от кушетки!

Упражнения при запущенном грудном остеохондрозе

Если пациент очень пожилой, хрупкий или у него запущенный остеохондроз грудного отдела и манипуляции не получаются или не приносят пользы, пациент может сам попробовать выполнить СПЕЦИАЛЬНЫЕ УПРАЖНЕНИЯ.

Эти упражнения чрезвычайно легки, их можно выполнять в ЛЮБОМ возрасте и при очень тяжёлых поражениях позвоночника. Подходят даже лежачим больным!

Упражнения для пациентов

Упражнение 1

Сядьте более-менее ровно, максимально расслабьтесь. Руки на коленях. Разогните чуть-чуть спину в грудном отделе. На один сантиметр. Затем согните обратно. Повторите цикл. Ещё и ещё раз. И так примерно 2 минуты или 100 раз. Упражнение проводится 1 раз в час или чаще всё время бодрствования.

При выполнении упражнения не двигайте плечами, глубоко дышите и синхронизируйте дыхание с движениями.

Упражнение можно выполнять на работе и даже в общественном транспорте.

Упражнение 2

Выполняется лёжа на спине. Можно в постели. Сверните из полотенца валик, подложите под спину (рис. 21). А дальше делайте то же, что и сидя. Слегка сгибайте и разгибайте позвоночник в грудном отделе.

Упражнение годится для очень ослабленных больных, неспособных даже сидеть.

Выполняется каждый час примерно по 2 минуты.

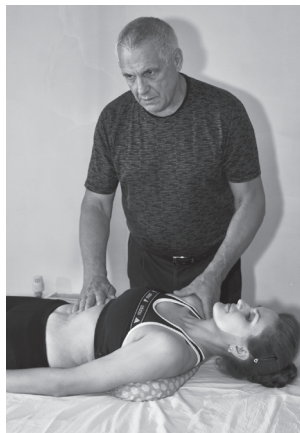


рис. 21

Даже очень запущенные спины после нескольких месяцев таких

упражнений становятся существенно здоровее, позвоночник разгибается, возрастает высота дисков (пациент становится выше). Во многих случаях позвоночник становится доступным для работы мануального терапевта.

Конечно, делать упражнения каждый час по 2 минуты не-тяжело. Но... многие пациенты говорят, что попросту забывают о такой необходимости. Ну, тут уж вопрос МОТИВАЦИИ. Если МОТИВАЦИЯ высока – забывать не будут.

НА КОНУ – ЗДОРОВЬЕ.

ГЛАВА V

ПОЯСНИЧНЫЙ ОТДЕЛ ПОЗВОНОЧНИКА

В этом отделе всего 5 позвонков, но изредка бывает и 6. Впрочем, особого значения этот факт не имеет. Этот отдел самый нагруженный. На него приходится максимальная тяжесть, отсутствуют рёбра, ограничивающие подвижность в сегментах и вдобавок именно этот отдел позвоночника через крестец прикрепляется к тазовым костям. Поэтому именно в этом отделе наиболее часто и происходят самые тяжёлые нарушения – *дисковые грыжи, смещения, ущемления нервов*. Причём всё это может быть одновременно и на разных уровнях. Самые интенсивные боли наиболее часты в этом же отделе...

Но и самые крупные, мощные позвонки располагаются в этом же отделе.

В то же время, мне кажется, ЭТОТ ОТДЕЛ НАИБОЛЕЕ БЕЗОПАСЕН ПРИ ЛЕЧЕНИИ.

Обычно при поражении этого отдела позвоночника к врачу обращаются с жалобами на сильные боли, иногда отдающие в одну или две ноги. Могут быть жалобы и на потерю чувствительности, и на парез (частичный паралич) нижних конечностей. При неадекватном лечении заболевание может длиться годами.

ВНИМАНИЕ!

Боли при поражении тазобедренного сустава (кокситроз) могут несколько походить на боли при заболевании позвоночника. Их нужно обязательно различать. Нередко па-

циент попадает к мануальному терапевту с коксартрозом, а его лечат от радикулита. В результате неизбежны тяжёлые поражения тазобедренного сустава и обострения заболевания. Такие ошибки возможны, увы, даже в самых престижных медицинских заведениях. *(Очень нагляден пример с Е. М. Примаковым. 20 лет лечили радикулит, оказалось – коксартроз! Сустав меняли в Швейцарии.)*

Правда, последнее время несколько раз мне попадались и противоположные ошибки. Пациенту с чётко выраженными признаками поражения позвоночника ставят диагноз «коксартроз» при совершенно здоровых тазобедренных суставах! И начинают лечить этот несуществующий коксартроз за очень приличные деньги, да ещё и бесполезными биодобавками, которые, кстати, ничего не лечат! Конечно же, вылечить то, чего нет, с помощью неработающих биодобавок невозможно, и боли продолжают! Пациенту предлагают срочно заменить якобы поражённый сустав на протез! За ещё более приличные деньги. Бред? Да нет, просто преступная коммерция в медицине...

Понимаю, случай с Е. М. можно объяснить низкой квалификацией медперсонала. Ну отбор кадров такой, опыта мало. Но вот если вместо «радикулит» пишут «коксартроз», это явное жульничество. Очень наглое и опасное. Нет другого объяснения!

ЛЮДИ, БЕРЕГИТЕСЬ!!! МЕДИЦИНА МОЖЕТ БЫТЬ ОПАСНОЙ! НЕ ВСЕМУ ВЕРЬТЕ – ВАС МОГУТ ОБМАНЫВАТЬ!..

Если на улице у меня отберут несколько рублей, слегка ударив по голове или пригрозив, то это грабёж, за который по-

лагается приличный срок. А тут человека не только грабят, но и делают инвалидом! На всю оставшуюся жизнь. И ничего!

Ну что ж. Вернёмся к нашим позвонкам.

Диагностика

Лучше всего, конечно, когда пациент приносит на приём результаты магнитно-резонансной томографии, да ещё полученные вчера. Но такие идеальные случаи бывают достаточно редко. В действительности возможны самые разные варианты. Томография старая или отсутствует вообще, снимки позапрошлогодние и плохие, или вообще ничего.

Ну вот, пришёл к вам пациент. Может, даже привезли, сам не ходит. Боли острейшие. Данных никаких. По-хорошему, надо посылать на магнитно-резонансную томографию. Но ему очень больно. Значит, ещё 2–3 недели мучений. Как минимум. А за это время болезнь развивается, протрузия (выпячивание) может превратиться в грыжу. Вместо 1–2 недель понадобится уже несколько месяцев лечения...

А бывает, что пациента так скрючит или у него такие габариты – ни в один томограф не влезет. Рад бы, да не может. Или клаустрофобия у него. Боится в томограф залезть до потери сознания.

Что делать? Не знаю! Нет ответа...

Начинаем работать. Сначала опрос. Очень примерный и неполный.

- ФИО. Возраст.
- Давно ли заболело?

- Насколько сильно?
- Куда отдаёт боль?
- Есть ли онемение или потеря чувствительности в ногах?
- Было ли раньше что-нибудь подобное?
- Отчего началось?
- Где и как лечился?
- Принимал ли обезболивающие средства в той или иной форме перед приходом к вам? Что именно? Когда принимал последний раз?

Этот пункт очень важен. Действие некоторых обезболивающих может продолжаться более недели после приёма, сильно смазывая картину заболевания и затрудняя диагностику.

- Занимался ли пациент спортом? Каким? Насколько успешно?

Успешные спортсмены, как правило, малочувствительны к боли, и в их показания необходимо вносить поправки. Малая чувствительность к боли сохраняется на всю жизнь. Это значит, что заболевание у спортсмена, даже бывшего, может оказаться значительно серьезнее и более запущенным, чем кажется врачу и самому пациенту. Серьезнее, чем у простого человека с такими же жалобами.

Желательно всё это фиксировать на том или ином носителе (например, записывать в блокнот).

Понятно, что если заболело первый раз в жизни и вчера, то лечить будет куда легче и проще, чем в случае многолетнего тяжёлого заболевания...

Затем осмотр

Пациент должен раздеться. Брюки, юбки, майки на теле нежелательны.

Поставьте пациента спиной к себе. Внимательно осмотрите. При острых болях в поясничном отделе позвоночника пациента нередко перекашивает. Чаще вперёд и вбок. Запишите куда и насколько. Попросите больного слегка наклониться вперёд–назад, вправо–влево. Угол наклона небольшой, около 15–30 градусов.

Отметьте, при каких движениях усиливается боль, где, насколько интенсивно.

Часто при наклоне в «больную» сторону пациент старается избегать изгиба в пояснице, подгибает ногу, сгибается в тазобедренных суставах, хотя и говорит, что боли нет. Особенно если находится под действием анальгетиков.

Плотно посадите пациента на стул или кушетку. Спина выпрямлена, руки на коленях. Попросите наклонить голову вперёд. Может появиться боль в пояснице или в ноге. Попросите поочередно плавно выпрямить одну и другую ногу (рис. 22). Боль может усилиться. Зафиксируйте результаты.

Иногда бывает и так, что пациент чувствует резкую боль при каком-то необычном движении или изгибе. Отметьте и это...



рис. 22

Вышеуказанные тесты проводятся на самом деле очень быстро, их желательно проводить ДО и ПОСЛЕ каждого сеанса мануальной терапии. Необходимо привыкнуть их делать «на автомате».

Понятно, что по результатам тестов можно судить и о заболевании, и об успешности лечения...

Работа мануального терапевта с поясничным отделом позвоночника

Сначала разминка

1. Пациент лежит на животе на кушетке, голова повёрнута в сторону, руки вдоль тела. Тело расслаблено (рис. 23).



рис. 23

При всех манипуляциях пациент не должен приподнимать голову от кушетки. От этого напрягаются мышцы спины, блокируются позвонки и лечение затрудняется. Руки положите пациенту на поясницу (рис. 24). Не сгибая рук, только за счёт туловища несколько раз нажмите на спину. Первые нажатия проводить следует очень осторожно, безболезненно.



рис. 24

Постепенно усиливая давление, дойдите до слабых болезненных ощущений, не более. Осторожно промните позвоночник.

2. Уложите пациента, как показано на (рис. 25). Промните позвоночник, отжимая его слегка в сторону. Поменяйте



рис. 25

позу на симметричную и повторите манипуляцию.

3. Положите пациента на спину, одна нога согнута в колене, ступня опирается на кушетку (рис. 26). Придерживая одной рукой пациента за грудину, другой, периодически нажимая на колено согнутой ноги, слегка скручивайте спину. Проведите движение в другую сторону.

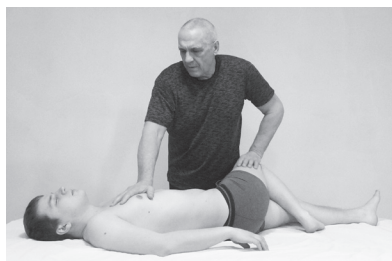


рис. 26

Определите, в какую сторону движение доставляет меньше боли. Если пациент немолод, заболевание застарелое, очень полезно это движение проводить в течение нескольких минут. НАЧИНАТЬ ЛУЧШЕ В МЕНЕЕ БОЛЕЗНЕННУЮ СТОРОНУ.

Если пациент хрупкий, пожилой и к нему опасно применять более интенсивное воздействие, лечение можно ограничить такой разминкой. При достаточно длительном применении можно получить очень неплохой результат. Диски набирают воду (гидратируются), их толщина увеличивается, позвоночник становится более гибким. Уменьшаются проявления остеохондроза.

Минусы такого лечения – трудоёмкость, длительность, неярко выраженный лечебный эффект. Трудоёмкость для целителя.

Плюс – практически полная безопасность. Долго, тяжело, но безопасно.

Такое лечение можно проводить даже очень пожилым людям. В практике даже 90-летним. Но не забывайте об их хрупкости!

ВНИМАНИЕ! Даже лёгкое нажатие на грудину или прилегающие рёбра может привести к переломам!

В других случаях переходите к более серьёзному воздействию на позвоночник

Для первых опытов пациент должен быть сравнительно здоровым и молодым. Так безопасней.

Уложите пациента на бок (*рис. 27*). Для примера – пусть это будет правый бок. Правую руку, чтобы не мешала, подложите под голову, правую ногу вытяните вниз. Левую согните и ступню уложите на правое колено. Левую руку пациент должен откинуть за спину.

Правой рукой придерживайте пациента за поясницу, левой, с лёгкими покачиваниями, надавливайте на грудину, разворачивая плечи пациента назад (*рис. 28*).

Левое колено пациента начнёт приподниматься вверх. С помощью своего правого колена зафиксируйте его где-то в



рис. 27

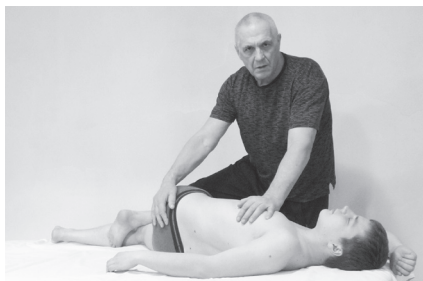


рис. 28

20 см над кушеткой. Продолжайте разворот пациента назад. Выбирайте люфты. Дойдя до крайней точки, одновременно нажимайте своим коленом на ногу пациента, а левой рукой ему на грудину. Амплитуда сравнительно большая, 10 и более см.

Обычно при правильном выполнении приёма, но далеко не всегда, слышится характерный треск. Приём проведён.

Повторите всё сначала, уложив пациента на левый бок.

Если вы только начинаете учиться, доведите эту процедуру до автоматизма...

Получилось? Повторите осмотр. Болевые ощущения поменялись? Боль не усилилась? Назначайте следующий сеанс.

А теперь о разных мелочах

Описанная процедура вроде достаточно простая, но есть ряд вещей, которые необходимо учитывать при проведении лечения. Иначе возможны неприятности. Более или менее крупные.

- **На какой бок укладывать пациента?** Мы начали с правого. Просто так. А с какой стороны лучше начинать на самом деле? С правой? Или с левой?

Если заболевание симметрично, то, очевидно, безразлично. А если нет? При проведении осмотра обычно можно выявить некоторую асимметрию. Скажем, наклон вправо – больно, а влево – нет. Боль отдаёт больше в одну ногу, пациент перекошен вправо или влево.

Мне кажется, что лучше для начала укладывать пациента на «больной» бок. В этом случае первое движение оказывается менее болезненным. Второе – тоже. Лечение идёт легче, сопутствующая лечению боль меньше.

НО! Это правило работает процентов на 95. Может даже больше. Бывают исключения. Поэтому рекомендую вспомнить п. 3 из «разминки» (с. 72). Там, где мы слегка скручивали поясницу. Лёжа на спине. Помните, в одну сторону движение было менее болезненным, в другую – более.

ПЕРВАЯ УКЛАДКА ДОЛЖНА БЫТЬ ТАКОЙ, ЧТОБЫ СКРУЧИВАНИЕ ШЛО В МЕНЕЕ БОЛЕЗНЕННУЮ СТОРОНУ!

- **Куда лучше надавливать?** Когда мы укладывали пациента на правый бок, то давили на грудину. Мне кажется, что эта точка самая безопасная и безболезненная. Силу можно ещё прикладывать к плечу. В большинстве случаев мануальные терапевты так и делают. Но у многих пациентов давление на плечо сопровождается неприятными ощущениями и болями. А при артрозах плечевых суставов возможно нанесение серьёзных травм. Можно ещё давить на рёбра – очень удобно. Необходимо только распределять давление по всей площади ладони. Много лет так и делал. Удобно, да. **НО ОПАСНО. РЕБРО МОЖЕТ ТРЕСНУТЬ. ПОЭТОМУ Я СЧИТАЮ, ЧТО ЛУЧШАЯ ТОЧКА ДЛЯ НАДАВЛИВАНИЯ – ВСЁ ЖЕ ГРУДИНА.** Надавливать же следует ребром ладони. Если пациент мужчина – проблем не возникает. Некоторое неудобство возможно с дамами. Но лучше маленькое неудобство, чем серьёзная травма...

- **На какой угол разворачивать?** Степень подвижности в поясничном отделе у разных людей может очень сильно

отличаться. Обычно у детей и молодёжи подвижность выше, затем плавно снижается с возрастом. Но бывают исключения. Гипермобильность позвоночника бывает в любом возрасте. Точное значение угла поворота определяется для каждого пациента методом проб. При повышенной мобильности можно уложить пациента так, чтобы согнутая нога была за краем кушетки и её можно было опустить ниже края.

- **Как давить?** При правильном выполнении движения нужно не прикладывать определённую силу, а делать движение заранее заданной амплитуды. Ранее об этом уже упоминалось.

- **Бывает пациент очень крепкий, массивный.** Тогда на правильное проведение приёма у терапевта может просто не хватить сил. Что делать? Можно воспользоваться резонансом. Человека, лежащего в скрученном положении, можно представить как крутильный маятник. Таз и ноги – одна масса, грудной отдел – вторая. Обе массы соединены упругим элементом – позвоночником. И хотя добротность такого «маятника» очень невелика (то есть его колебания затухают быстро и раскачивается он туго), всё же она существует. А это значит, что нагрузка, приложенная к позвоночнику, может быть большей, чем усилие, прикладываемое врачом.

Техника выполнения

Уложите пациента на бок, как указывалось выше, а затем, чтобы почувствовать резонанс, произведите несколько периодических одновременных нажатий на грудину и колено. Почувствовали? А теперь одно из нажатий сделайте более энергичным, и более сильным. Давите на грудину и колено одновременно. Ваше нажатие сложится с собственным движением пациента, добавит ему энергии.

ОСТОРОЖНО! НЕ УВЛЕКАЙТЕСЬ! ПРИЁМ ТРЕБУЕТ НЕКОТОРОГО ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО ОПЫТА.

• **Ну а теперь о пациентах с коксартрозом.** Бывает так, что у человека проблемы не только с позвоночником, но и с тазобедренными суставами. Впрочем, их регулярно путают. Приходит пациент к врачу – болит поясница, боль идёт в ногу. На снимке позвоночника развитый остеохондроз, а то и дисковая грыжа присутствует, которую показывает томография. Ну что делать? Надо лечить позвоночник. Мануальный терапевт говорит: «Сейчас вылечим, все боли пройдут». И начинает проводить хитрые приёмы. А то, что ещё и тазобедренный сустав поражён, – не замечает. А если пациент жалуется на резкую боль в бедре – говорит, что так и должно быть. Боль пройдёт после лечения. Но боль не проходит. Дело в том, что усилие к позвоночнику прикладывается, в конечном счёте, через тазобедренный сустав. Бедро используется в качестве рычага. И если сустав больной, то при проведении приёма состояние его ухудшится! А коксартроз лечится гораздо хуже, чем остеохондроз. Что же делать?

Если пациент субтильного телосложения, можно провести приём по-другому. Уложите пациента на правый бок (рис. 29). Обе ноги лучше согнуть (если позволяют суставы). Правую руку заведите под правую ягодицу, а левой нажмите на грудину, выбирая свободный ход. Ну а дальше как ранее. Резкий нажим на грудину и одновременно рывок за бёдра.



рис. 29

Если коксартроз односторонний, первый поворот проводится при укладке на больной бок. Тогда его можно проводить как обычно, стандартно, с нажатием на колено.

А что делать, если пациент крепкого телосложения и немолод? Не знаю. Хотя такие случаи бывают регулярно. Объясняю трудности и лечу коксартроз. Позвоночник же по мере возможностей...

Раз уж заговорили о коксартрозе, приведу последние наблюдения. Много лет регулярно встречался с одной распространённой ошибкой – вместо диагноза «коксартроз» пациенту ставили диагноз «радикулит», «остеохондроз» или что-то из этой серии. Затем лечили несуществующее заболевание. Естественно, безуспешно.

НО! Времена поменялись. Теперь встречаются противоположные ошибки. Вместо радикулита ставят диагноз «коксартроз». Ставят такой диагноз при абсолютно здоровом суставе! Потом с год лечат этот несуществующий коксартроз. Боли не проходят. Лечить ведь надо позвоночник! А затем пациенту предлагают заменить здоровый сустав на протез! Не верю, что по ошибке. Не верю! Из более или менее здорового человека делают инвалида. Да ещё за очень приличные деньги!

ГЛАВА VI

СКОЛИОЗ, КИФОЗ, ЛОРДОЗ

КИФОЗОМ называется прогиб позвоночника в плоскости симметрии тела назад. В норме небольшой кифоз обязателен в верхней части грудного отдела позвоночника, а также в области крестца и копчика. Кифоз грудного отдела, превышающий нормальный физиологический, называется ГИПЕРКИФОЗОМ (приставку «гипер-» обычно опускают). Подобным образом патологией считается кифоз, даже очень небольшой, в тех отделах позвоночника, где в норме должен присутствовать лордоз, а именно в шейной, нижнегрудной и поясничной областях.

ЛОРДОЗ – прогиб позвоночника вперёд – в норме присутствует в нижнегрудном и поясничном, а также шейном отделах позвоночника. Если эти прогибы чересчур велики, то их называют *гиперлордозом* (опять же, приставка «гипер-» обычно опускается). Лордоз, даже не гипер-, совершенно недопустим в верхнегрудном отделе позвоночника.

СКОЛИОЗОМ называется боковое, обычно сопровождаемое ротацией, искривление позвоночника.

Диагностика

Наличие у человека кифоза и лордоза неплохо определяется и визуально, и по рентгеновским снимкам. Если дефекты значительны, сомнения не возникают. Но поскольку диапазон нарушений очень широк, то возможны спорные

случаи. Поэтому надо помнить, что наличие или отсутствие кифоза и лордоза в некотором смысле субъективно.

Кифоз грудного отдела позвоночника проявляется сутулостью. Реже встречается кифоз поясничного отдела. При этом заболевании во время осмотра пациента можно заметить тёмную полосу вдоль позвоночника в поясничной области. Потемнение вызывается постоянными травмами кожи при опоре на спинку сидения. Определить такой кифоз можно также пальпацией.

При лордозе грудного отдела деформируется грудная клетка, ухудшаются амортизационные свойства позвоночника. При гиперлордозе поясничного отдела позвоночника снижается стойкость к повышенным нагрузкам, ухудшается работа тазобедренных суставов и обвисает живот.

Заметить высокую степень заболевания сколиозом достаточно просто. Для определения характера искривлений необходим некоторый опыт, который можно приобрести, сопоставляя результаты рентгеновского исследования с «натурой».

При сколиозе позвоночник, отклоняясь в сторону, приподнимает рёбра с одного бока. При этом образуется рёберный горб. С противоположной стороны рёбра как бы натягиваются, проваливаются. Со стороны груди картина обычно противоположная. Чаще наблюдается один или два изгиба, редко – три. Тяжесть нарушения мало зависит от количества дуг.

На начальной стадии сколиоз можно определить, обнаружив следующие особенности:

- а) одно плечо выше другого;
- б) внутренние нижние углы лопаток расположены на разных уровнях;

- в) асимметричная форма талии и бёдер;
- г) рёберный горб.

Для обнаружения этих особенностей:

а) наклоните пациента и приложите к его спине линейку (если с одной стороны рёбра выше, чем с другой, сколиоз гарантирован);

б) сохраняя наклонное положение, отметьте фломастером выступы (остистые отростки) на позвоночнике; внимательно присмотритесь – отметки должны располагаться по прямой линии (любое отклонение – признак сколиоза);

в) пусть пациент поднимет руки вверх и прогнётся назад (отклонение линии отметок от вертикали – тоже признак сколиоза).

У конкретного индивидуума картина может резко отличаться от обычной. Например, при разной длине рёбер ротация может отсутствовать или быть направленной в противоположную сторону, наклон плеч и рёберный горб не соответствовать искривлению и т.д., и т.п.

Лечение

Иногда меня просят точно описать методику лечения. Сделать это в небольшой книге не представляется возможным, ведь разнообразие нарушений настолько велико, что порой внешне одинаковые сколиозы могут лечиться совершенно по-разному.

На мой взгляд, ни костоправ, ни мануальный терапевт сколиоз вылечить не могут. Не могут вылечить в принципе!

Работа этих специалистов не затрагивает причин возникновения сколиоза. Иногда проведённые манипуляции лишь на некоторое время создают видимость успеха, оставляя на прежнем уровне развитие костно-мышечной и нервной систем. Это касается всех видов сколиоза! Костоправ может лишь создать условия для лечения того или иного дефекта осанки или сделать так, чтобы смещения не препятствовали позитивным изменениям. **НО ЧТОБЫ ВЫЛЕЧИТЬ СКОЛИОЗ, НАДО ЛЕЧИТЬ НЕ ТОЛЬКО ПОЗВОНОЧНИК!**

В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ необходимо УСТРАНИТЬ ПРИЧИНУ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ.

Значительную часть сколиозов следует отнести к *индуцированным*. Они бывают вызваны длительным нахождением в фиксированной неправильной позе – ребёнок постоянно сидит, поджав под себя ногу, носит тяжёлый рюкзак на одном плече, играет на скрипке. Некоторые виды спорта – фехтование, теннис, метание спортивных снарядов – преимущественно развивают одну сторону тела и тоже могут способствовать развитию сколиоза. К индуцированному сколиозу приводит и укорочение одной ноги – 1–2 см разницы в длине ног вполне достаточно, чтобы вызвать развитие заболевания.

Часто встречаются случаи *частично индуцированного сколиоза*. Вначале развивается без видимой причины первичная дуга, а затем, как компенсирующий фактор, ещё одна или две менее развитых дуги.

ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ индуцированного сколиоза достаточно избавиться от вредных привычек, сменить вид спорта, деятельности, что, правда, не всегда возможно. Но

если время упущено и сколиоз всё-таки развился, придётся принимать более существенные меры, целенаправленно воздействующие на возникшие дефекты. Следует помнить, что незапущенный индуцированный сколиоз можно вылечить практически всегда.

Сильный ушиб, вызвавший смещение позвонков в раннем детстве, тоже может спровоцировать интенсивное развитие сколиоза. При таком сколиозе на вершине дуги обычно наблюдается излом. В этом случае сколиоз плохо поддаётся лечению.

И, наконец, наиболее значительный процент сколиозов возникает *по неизвестной причине*. Возможно, заболевание появляется из-за неравномерного, несимметричного развития нервных тканей или же вследствие частичной гибели нейронов во время родов.

В ЧЁМ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ ЛЕЧЕНИЕ?

Основа лечения – стимулированное развитие отдельных участков костно-мышечной системы, изменение двигательных стереотипов. И только после наращивания отстающих в развитии групп мышц создаются условия для поэтапного изменения формы позвоночника. В процессе лечения пациент регулярно (обычно 1 раз в неделю или реже) посещает костоправа и выполняет домашние задания. Объём и вид заданий зависят от возраста пациента, конкретного нарушения и этапа лечения.

Обязательны СПЕЦИАЛЬНЫЕ УПРАЖНЕНИЯ.

Упражнения рассчитаны на наращивание недостающей мышечной массы. Они формируют мышечный стереотип, соответствующий нормальной осанке, и изменяют форму позвоночника в нужную сторону.

ЗАДАЧА СПЕЦИАЛИСТА – по возможности растянуть позвоночник и сделать его более эластичным. Сочетая эти манипуляции с профилактическими мерами и специальными упражнениями, можно добиться успеха даже в очень тяжёлых случаях!

ГЛАВА VII

АРТРОЗ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

При лечении артрозов большую роль играют специальные реабилитационные упражнения. Однако, к ним нужно относиться с большой осторожностью. Действительно, если человек здоров, повредить суставы умеренной физкультурой достаточно сложно, хотя такая возможность не исключена. В случае же артрозов дело обстоит, увы, совершенно иначе. При увеличении амплитуды движения или нагрузки на сустав большой хрящ интенсивно разрушается.

В книге «Лечение артрозов» подробно описаны реабилитационные упражнения, которые пациенты могут выполнять дома по несколько часов в день, значительно ускоряя восстановление суставов. Это упражнения, выполняемые с очень малой амплитудой, при ненагруженном суставе, медленно и с расслабленными мышцами. Эти упражнения не тренируют мышцы, не нагружают, но при этом хорошо питают суставы. Такие упражнения при правильном выполнении не вызывают чувства утомления и их можно делать часами.

САМОЕ ГЛАВНОЕ! Ни одно из рекомендуемых упражнений не должно доставлять хотя бы малейшего болевого ощущения.

Подобные упражнения применимы почти для всех суставов. Их выполнение значительно облегчит процесс лечения.

«А что делает костоправ? Какова его функция?» – спросит любопытный читатель. Костоправу работы хватает. Неработаю-

щий сустав зарастает и теряет подвижность. Вот и приходится костоправу трудиться с суставной сумкой (при артрозах она теряет эластичность, становится болезненной), с сухожилиями и прилегающими к суставу мышцами. Главная задача костоправа – увеличить подвижность в больном суставе и стимулировать восстановление пораженных тканей, включая суставной хрящ!

Диагностика

Первые признаки коксартроза появляются за несколько лет до наступления острой стадии. К сожалению, в большинстве случаев и пациенты, и лечащие врачи не обращают на них внимания. А потом становится поздно.

Вначале боли бывают редкими и кратковременными. Появляются обычно после непривычно больших нагрузок, переохлаждения или смене погоды. Иногда – без видимых причин. Проходят быстро и, как правило, не привлекают внимания.

Это – **начальная стадия**. Диагностика очень затруднена. Подвижность сочленения не нарушена, на рентгенограмме изменений не заметно. Минимальные меры предосторожности и профилактическое лечение дают практически гарантированное и полное излечение. Вот только попадаются такие пациенты очень редко, скорей всего, случайно.

Через некоторое время начальная стадия переходит в **1–2-ю степень**. Теперь на рентгенограмме появляются первые изменения – слой суставного хряща несколько утончается. В суставе наблюдается незначительное уменьшение подвижности. Боли учащаются и усиливаются. Они бывают и по

ночам – обычно больно лежать на боку. Самочувствие человека в это время неровное. Длительные периоды обострения сменяются кратковременными ремиссиями. Диагностика не составляет труда, но не всегда проводится.

Для того чтобы проверить, есть ли коксартроз, необходимо уложить пациента на спину и, подтянув ногу к груди, попробовать развернуть голень внутрь.

При пораженном суставе процедура становится несколько болезненной, а угол сгиба ноги и поворот голени ограниченными.

Подтверждением заболевания могут служить болевые ощущения при простукивании областей заднего верхнего края подвздошной кости и тазобедренного сустава.

ВНИМАНИЕ! Простукивание проводится только через плотно прижатые пальцы.

Иногда на этой стадии можно наблюдать укорочение больной конечности на 1–3 и более см. Оно происходит не из-за износа хряща, как обычно думают пациенты, а за счёт перекоса таза или ослабления связочного аппарата и смещения головки тазобедренного сустава вверх. Гораздо реже больная нога удлиняется, это происходит при нарушении приведения ноги к средней линии и компенсационном перекосе таза.

Начатое лечение обычно проходит достаточно успешно, хотя требует от пациента значительных усилий и упорных занятий. Возможно практически полное выздоровление, включая удлинение ноги. Это хорошо. Плохо то, что одновременно начинается интенсивное разрушение сустава. Если от начальной до 2-й степени может пройти 10, 20 или больше лет, то 2-ю от 3–4-й нередко отделяет всего полгода...

На переходе от 2-й к более высоким степеням исчезают остатки хрящей и начинается разрушение костных тканей. Быстро и сильно уменьшается подвижность сустава, укорочение может достигать 6 и более сантиметров. Появляется характерная ковыляющая походка. Больной берёт палку, а если поражены оба сустава, – костыли. Боли в суставе становятся чрезвычайно мучительными. Больно ходить, больно сидеть, больно лежать и больно... жить. Боли распространяются от поясницы – по всей ноге. Диагностика никаких затруднений не вызывает. Увы, лечение коксартроза на этой стадии весьма трудоёмко и длительно, неизбежны остаточные явления.

Работа мануального терапевта с тазобедренными суставами

Процедура 1

Начинается с простукивания по верхнему заднему краю подвздошной кости. (В этом месте проходит крупный нерв, обычно воспалённый при коксартрозе.) Производится через



рис. 30

плотно и с силой прижатые пальцы (рис. 30).

Ваши пальцы должны сильно прижиматься к месту нанесения удара (при постукивании).

При таком нажатии из капилляров выжимается кровь, не возникают кровоподтеки, а энергия удара проникает до глубоких структур.

Чем сильнее воспаление, тем легче и слабее должны быть удары. Болевые ощущения – чуть ниже средних.

Затем, чтобы вызвать прилив крови, наносится *несколько сильных шлепков ладонью* (рис. 31).

Процедура снимает воспаление нерва и активизирует регенеративные процессы в суставе.

Процедура 2

Подобна предыдущей, но проводится в области головки тазобедренной



рис. 32

кости (рис. 32). Удара

наносятся через пальцы, достаточно сильно, но так, чтобы не вызывать чрезмерной боли.

Во время процедуры разбиваются отложения соли в суставной сумке, прилегающих сухожилиях и в самом суставе. В результате увеличивается подвижность сустава, улучшается его питание и уменьшаются болезненные ощущения. Процедура также *заканчивается энергичными шлепками*.



рис. 31

Процедура 3

Рука кладётся на бедро спереди, чуть ниже паха и сильно прижимается (рис. 33). Энергичные, но осторожные удары наносятся *запястьем или ребром ладони через кисть*.

Основное воздействие направлено на трущиеся поверхности суставов. *Шлепки не рекомендуются*.



рис. 33

Процедура 4

Подобна предыдущей, но рука кладётся на заднюю часть бедра, чуть ниже ягодичной складки (рис. 34).

Заканчивается шлепками.



рис. 34

Показатели правильного проведения процедур – полное отсутствие синяков, кровоподтёков, болей и лёгкое покраснение кожи непосредственно после сеанса. Допускается незначительное усиление боли в суставе на следующий день после процедуры.

Как часто следует проводить процедуры? Обычно они проводятся 1 раз в неделю в течение 8–10 приёмов, затем 1 раз в месяц или 1 раз в 2–3 недели, по показаниям. В самых тяжёлых случаях, сопровождающихся сильным воспалением или отёками, 1 раз в 10–14 дней. Затем, при облегчении заболевания, по предыдущей схеме, то есть 1 раз в 2–3 недели.

ГЛАВА VIII

КОЛЕННЫЕ СУСТАВЫ

Колено – один из немногих суставов, которые вполне можно лечить самостоятельно, но всё же лучше, если это делает профессионал.

При лечении коленного сустава используются все три вида ударов. Начинают с простукивания через прижатые пальцы, уделяя особое внимание болезненным местам и участком с повышенным уровнем шумов (*рис. 36*). Определить такие участки можно, плотно приложив ладонь к колену и несколько раз согнув и разогнув ногу (*рис. 35*). Удары по коленной чашечке наносятся немного сбоку, предварительно сдвинув её по ходу направления удара (*рис. 37*). Мышцы при этом должны быть максимально расслаблены. Сила ударов зависит от тяжести поражения. Если сустав очень болезной, удары должны быть весьма осторожными и лёгкими, а по мере реабилитации – усиливаться.



рис. 35



рис. 36



рис. 37

Резкие шлепки в области сустава воздействуют, в основном, на кожу и вызывают прилив крови и активизацию нервных путей.

Удары через прижатые, вдавленные, пальцы воздействуют, в основном, на мышцы, суставную сумку, связки, сухожилия, а также на некоторую часть отложенных «солей» вдоль суставной щели. Они наносятся в нейтральном и крайнем слегка напряженных положениях и способствуют увеличению амплитуды движения.



рис. 38

Плотно прижатые пальцы доносят энергию удара до нужного места, выжимают кровь из капилляров и тем самым не допускают их повреждения (кровоподтеков).

И, наконец, удары через прижатую ладонь наносятся не по суставу, а по прилежащему участку кости. Цель их – создание сдвиговой нагрузки и воздействие на внутреннюю часть суставной щели и на рабочие поверхности сустава (рис. 38, 39).



рис. 39

Во время этой процедуры должна чувствоваться довольно умеренная боль. Сзади, в подколенную впадину, наносить удары нельзя. Поражённые сухожилия простукиваются с максимальной осторожностью, чтобы не задевать прилежащие участки.

После простукивания наносится несколько тяжёлых ударов через прижатую ладонь, справа, слева и спереди, чуть

ниже колена, по выпрямленной, а затем – по согнутой ноге. Завершается процедура шлепками.

При заболеваниях средней тяжести процедуры повторяются еженедельно. В лёгких случаях – через 1–2 дня. При тяжёлых артрозах, сопровождающихся сильным воспалением и отёками, – 1 раз в 10–15 дней.

ГЛАВА IX

ПЛЕЧЕВЫЕ СУСТАВЫ

Из всех суставов плечевой, за исключением височно-челюстного, пожалуй, самый нежный. Работать с ним нужно очень осторожно, иначе возможны серьезные травмы, вплоть до вывиха.



рис. 40



рис. 41



рис. 42

Больному делается перкуссионный массаж вдоль суставной щели, спереди (*рис. 40, 41*) и сзади (*рис. 42*) в положении лёжа, а сверху – в положении сидя (*рис. 43, 44*). При простукивании спереди под плечо пациента кладётся опора, чтобы его плечо ни в коем случае не было на весу. Это может быть плотный валик, подушечка с песком или нога оператора. При проработке сзади опора требуется лишь для некоторых пациентов – очень полных или с выпуклой грудной клеткой. У таких людей плечо просто не достаёт до кушетки. В положении сидя также необходима опора под плечо. Чтобы плечо было слегка приподнято, под подмышку пациента оператор ставит своё колено.

В отличие от коленных и тазобедренных суставов, плечевые можно простукивать только через прижатые пальцы, не допуская (во избежание вывиха) тяжёлых ударов через ладонь.

При травмах плечевого сустава часто страдают дельтовидная мышца и соответствующие сухожилия. И хотя заболевание не является артрозом или артритом, оно тоже очень эффективно лечится перкуссионным массажем. Обработка ведётся в положении сидя, предплечье приподнято и лежит на опоре.

*рис. 43**рис. 44*

ГЛАВА X

ГОЛЕНОСТОПНЫЕ И ЛОКТЕВЫЕ СУСТАВЫ, КИСТИ РУК

Голеностопные суставы

Чаще всего голеностопные суставы поражаются артрозом-артритом при подворачивании ноги, после растяжения связок или наложения гипса по тому или иному поводу. Но у этих суставов есть одна особенность – они легко отекают при нарушении водно-солевого режима или заболевании почек. Длительные отёки ограничивают нормальное движение сочленения и приводят к артрозам и артритам. Артриты же, в свою очередь, увеличивают отёки. Сустав раздувается и проработка его перкуссией становится затруднённой или вовсе невозможной. Тогда необходимо избавиться от отёков. Для этого рекомендуется бессолевая диета, мочегонные и противовоспалительные средства. Кстати, такие меры являются профилактическими от возникновения мочекаменной болезни.

Обычная ошибка при лечении отёков – ограничение потребления жидкости.

При тяжёлых отёках хорошо лежать с приподнятыми ногами, иногда следует туго забинтовать лодыжки.

Но вот сустав принял более или менее нормальные размеры. Теперь можно начинать лечение.

Проработка сустава ведётся достаточно сильными ударами через плотно прижатую ладонь, в положении лёжа на боку, с внутренней (*рис. 47*) и внешней (*рис. 45*) стороны со-

ответственно. Удары наносятся по таранной (рис. 46) и пяточной (рис. 45) костям (расположены вниз-вперёд и вниз-назад от лодыжки). Перкуссия проводится в крайних и нейтральном положениях сустава. Несмотря на то, что голеностопный сустав достаточно прочный и повредить его трудно, наращивать силу ударов рекомендуется постепенно, ориентируясь на ощущения пациента.



рис. 45



рис. 46



рис. 47

Локти

Кроме возникновения артрозов часто воспаляются суставная сумка и сухожилия. Самое обычное заболевание – *эпикондилит*. Оно может проявляться остро и мучительно.

Работа с локтями напоминает работу с коленями, при этом следует только учитывать более мелкое строение сустава (рис. 48-50). По этой причине я не останавливаюсь на её описании.

Локти лечатся хорошо, но не очень быстро. В повседневной жизни руками совершается множество движений, поэтому специальные упражнения обычно не показаны.



рис. 48



рис. 49



рис. 50

Кисти рук

Положите руку пациента на свои колени и, прижимая её одной рукой, другой наносите удары через свои пальцы или ладонь. Обязательное условие – хорошо прижатые и зафиксированные обрабатываемые суставы. При несоблюдении этого условия возможны травмы и усиление отёка.

Первые сеансы массажа проводятся очень легко, обычно шлепками (*рис. 51, 52*). По мере выздоровления и укрепления суставов удары становятся сильнее и наносятся ребром ладони или кулаком (*рис. 53, 54*). Но в любом случае пациент не должен чувствовать острой боли, иначе может усиливаться воспалительная реакция.

При правильном проведении процедуры облегчение наступает моментально. Тем не менее, допустимы не очень сильные болевые ощущения в течение нескольких дней после сеанса.

Подобным образом обрабатываются все болезненные сочленения.

Не всегда заболевание выражено сильно. Иногда больные суставы по виду не отличаются от здоровых. Тогда их предварительно выявляют пальпацией, а затем проводят ту же процедуру.

Массаж нельзя применять слишком часто. Если заболевание лёгкое, процедура проводится 1 раз в 3–5 дней. При тяжёлых формах промежутки увеличиваются до 7, 10 и даже до 15 дней. Следует также учитывать, что одновременный массаж нескольких суставов может вызвать кратковременное, но, в общем, не опасное повышение температуры.

Одновременно с массажем пациенту назначается восстановительная гимнастика.



рис. 51



рис. 52



рис. 53



рис. 54

ГЛАВА XI

ВИСОЧНО-ЧЕЛЮСТНОЙ СУСТАВ

Этот сустав сложный. Он обеспечивает разнообразные движения нижней челюсти.

Чаще всего артроз развивается после различного вида травм. С заболеванием обычно обращаются сильные, мужественные люди определённых профессий. Проявляется артроз скрипом в суставе и болевыми ощущениями при движении челюстей – во время еды, разговоров, зевков.

Несмотря на то, что височно-челюстной сустав очень нежный, лечится он хорошо. Нужно только обращаться с ним чрезвычайно осторожно.



рис. 55

При лечении пациент ложится на бок, голову удобно кладёт на колени оператора. Нащупывается сустав, определяются места поражения и его состояние. Для этого пациент должен несколько раз открыть и закрыть рот, подвигать нижней челюстью взад-вперёд и вправо-влево (*рис. 55*). Обращается внимание на болезненные точки, скрипы и треск. Затем начинается лечение.

Оператор кладёт на сустав один или два пальца левой руки, а кончиками пальцев правой наносит очень лёгкие удары (*рис. 56*). Для полноценного лечения удары должны проводиться при разных положениях сустава – с выдвинутой (*рис. 57*) и втянутой (*рис. 56*) нижней челюстью, закрытым и открытым ртом (*рис. 58, 59*).

Кроме этого сустава могут быть поражены прилегающие мышцы и сухожилия. Болевые точки определяются пальпацией, а проработка ведётся при плотно сжатых челюстях очень лёгкими ударами через прижатые пальцы.



рис. 56



рис. 57



рис. 58



рис. 59

ГЛАВА XII

ГРУДИННО-РЁБЕРНЫЕ И ГРУДИННО-КЛЮЧИЧНЫЕ СОЧЛЕНЕНИЯ

Эти сочленения тоже страдают от артрозов, и такие артрозы могут доставить множество неприятностей. Как мужчины, так и женщины после 40 лет (бывает и моложе) часто жалуются на боли в области груди, которые обостряются после физической нагрузки, при психических стрессах и смене погоды. Нередко боли отдают в сердце, сопровождаются затруднённым болезненным дыханием, нехваткой воздуха.

Диагнозы ставятся самые разные, но чаще всего неверные. Наиболее близкий – остеохондроз. На самом деле ни остеохондроз, ни заболевания сердца или органов дыхания к делу не относятся. Виноваты артрозы. Да, именно артрозы. Артрозы рёберно-грудинных и рёберно-ключичных сочленений.

Если у пациента прощупать места соединения рёбер и ключиц с грудиной, то можно обнаружить болезненные точки. При запущенных формах эти точки превращаются в сплошные болевые зоны вдоль грудины. Они могут быть слегка опухшими и деформированными. Нередко одна (что более заметно) или две ключицы начинают выпирать. Иногда больно лежать на животе.

Лечится подобный артроз достаточно хорошо. Некоторые манипуляции на грудном отделе позвоночника (продавливания, скручивания, растягивания) оказывают прямые целеб-

ные механические воздействия на область грудины. Но всё же целенаправленное лечение артроза даёт значительно лучшие результаты. Физические упражнения, как правило, не применяются.



рис. 60

ЛЕЧЕНИЕ НАЧИНАЕТСЯ С ПРОСТУКИВАНИЯ, которое проводится чрезвычайно осторожно через плотно прижатые пальцы (рис. 60). Сила ударов минимальная, особенно при приближении к солнечному сплетению (рис. 61). После простукивания ладонь одной руки



рис. 61

накладывается на рёбра сбоку грудной клетки, плотно прижимается, а ладонью другой по ней наносятся достаточно сильные и тяжёлые шлепки (рис. 62).



рис. 62

Процедура проводится с обеих сторон грудины. Женщинам во время процедуры необходимо отводить груди в сторону, чтобы не травмировать их и не нарушить функцию молочных желез.

ОСОБАЯ ОСТОРОЖНОСТЬ требуется при проведении манипуляций на пациентах, страдающих циррозом печени.

ОТЗЫВЫ О МЕТОДИКЕ В.Д. ГИТТА

01.11.2010 Anna (Murlicy@mail.ru)

У меня врождённый вывих бёдер, выявленный с рождения. Лечилась в ЦИТО в отводящих шинах и гипсе. В 2004, 2005, 2006 и 2007 в МОДОХБ ВЛ были сделаны операции по вправлению обоих суставов. Также лечилась консервативно: лфк, физиотерапевтические процедуры, массаж и ортопед, укладки. После операций у меня развился двусторонний диспластический коксартроз, укорочение одной ноги на 1,5 см и периодические сильные боли в т/с. Врачи сказали в будущем готовиться к замене суставов... В начале 2010 года я обратилась за помощью к Виталию Демьяновичу. За пол года проведённого им лечения боли ушли, 1,5 см как не бывало (ноги сравнялись, хотя мне УЖЕ 17 лет, а это практически невозможно в этом возрасте), коксартроз не прогрессирует. Я верю в прогнозы Виталия Демьяновича, что благодаря ему всю оставшуюся жизнь прохожу на своих суставах, и надеюсь на дальнейшие улучшения. Спасибо замечательному доктору!

13.08.2010 Григорьев Игорь Львович (i-grigorev@mail.ru)

Низкий поклон вам, Виталий Демьянович, и сердечные слова благодарности за помощь сыну и воспитанникам танцевальной студии бального танца «Легенда», город Москва. Сын, 10 лет, свернул шею, перекосило так, что одно плечо было ниже другого сантиметров на 30, а голову повернуть вообще не мог никуда. Скорая помощь ничем помочь не смогла. Ребёнок до приезда к вам орал и плакал. И только своевременное обращение к вам помогло ребёнку! За 3-4 сеанса у ребёнка восстановилось естественное состояние. У воспитанницы студии, танцора международного класса, за пару месяцев вашей работы исчезла межпозвоночная грыжа. Благодаря вам молодая девушка избежала операции! Спасибо за устранение сколиоза у других детей коллектива, обращавшихся к вам! Спасибо ВАМ!!! Семья Григорьевых.

08.08.2010 Наталья Левченко (natalev4@rambler.ru)

С В.Д. Гиттом я знакома ещё, когда он работал у нас в НИИ, это было начало его карьеры. Я периодически обращалась к нему с проблемами в спине. В июле 2009 г. сильно прихватило. Пошла в нашу

поликлинику. После недельного лечения результатов никаких, посоветовали сделать снимок. В центре Дикуля сделала МРТ, диагноз – дегенеративные изменения пояснично-крестцового отдела, протрузии дисков, задняя срединная грыжа диска и левосторонний секвестрирующий компонент, правосторонняя фораминальная грыжа другого диска. Врач, посмотрев диагноз, сразу сказала, что необходима операция и направила к нейрохирургам. В нашей поликлинике доктор сказал, что операцию никогда не поздно сделать, ищите мануального терапевта. Тогда я поехала к В.Д. Гитту. Он, посмотрев на меня всю скрюченную, прочитал заключение, сказал, что я вам помогу, но лечение будет долгим. Я согласилась, после первого же сеанса мне стало легче, я смогла спокойно спать ночь. Ездила к нему 2 раза в неделю, месяц, пока не стало легче. Затем 1 раз в неделю, и т.д. Процедуры продолжались полгода. Но и потом я ездила для профилактики. Ведь его волшебные кровати и его сильные руки делают чудо. Получаешь удовольствие и лечение одновременно. Спасибо В.Д. за его талант, его доброе, внимательное отношение к больным. Желаю ему здоровья, а всем не бояться обращаться к нетрадиционной медицине.

30.07.2010 Иванова Т.М.

Виталий Демьянович! Выражаем Вам огромную благодарность! Два года назад мы приняли 7 сеансов по поводу левостороннего сколиоза. Лечился мой внук Иванов Денис, тогда ему было 12 лет. При контрольном посещении сегодня сколиоза не выявлено. Огромное спасибо, так как мальчик, избавившись от сколиоза, перестал болеть бронхитом, у него нормализовалась работа сердца. Желаем Вам здоровья и счастья! Иванова Т.М.

30.07.2010 Соловьева О.А.

Виталий Демьянович, хочу выразить огромную благодарность! До сеансов было очень плохое общее самочувствие, сильная боль в ноге (страдаю от коксартроза) при ходьбе, головные боли и очень плохое настроение. Всё время хотелось лежать. Сейчас прекрасно себя чувствую, прошли головные боли. Работаю целый день, буквально сворачиваю горы и не устаю. В ногах появилась лёгкость и подвижность, не устаю при ходьбе. Прекрасное состояние раскованности в теле и прекрасное настроение. Ещё раз большое спасибо.

13.07.2010 Шигаева И.В.

Большое спасибо, Виталий Демьянович! После 4-х сеансов у моей дочери исправилась осанка, распрямились плечи, появилась уверенность в себе и желание «быть принцессой»! Огромное спасибо! Больших Вам успехов в вашей очень нужной работе и крепкого здоровья.

13.07.2010 Михина О.П.

Огромная благодарность вам, Виталий Демьянович! Благодаря вашему таланту и знаниям мой сын может чувствовать себя полноценным человеком, боли его больше не беспокоят, диагноз остеохондропатия официально снят в ЦИТО. Огромная благодарность и наилучшие пожелания! Будьте здоровы, Виталий Демьянович!

13.07.2010 Алексей (mochevina@yandex.ru)

Вопрос: Был – крючок – кривой, хромой,

Стал гвардеец боевой.

Ответ: клиент Виталия Демьяновича :-)

10.07.2010 Страшненко Оксана Алексеевна

Огромное спасибо доктору Виталию Демьяновичу, вылечившему мне сколиоз за 6 месяцев. Мне 32 года. Сколиоз был обнаружен ещё в детстве, но традиционными методами (гимнастика, массаж) справиться с ним не удалось. Я считала, что это на всю жизнь. Спасибо вам!

06.07.2010 Н.Б. Герасименко

Большое спасибо вам, Виталий Демьянович, за Ваше умение делать людей здоровыми, красивыми и счастливыми. Моей дочери 19 лет, кифосколиозная осанка мешала ей чувствовать себя раскованной на пляже, носить сарафан и т.д. Официальная медицина ничем не могла ей помочь. Хотя к врачам я обращалась, когда дочери было 3-5 лет. И вот мы повстречались с Виталием Демьяновичем, и через 2,5 месяца дочь закончила лечение с чудесным результатом. Для молодой девушки красота и здоровье, я надеюсь, заложены на долгие годы. Дай Бог Вам, доктор, всего-всего самого наилучшего. Здоровья и счастья на долгие годы! Герасименко Наталья Борисовна

06.07.2010 Громы

Хочу выразить от всего сердца слова благодарности Виталию Демьяновичу. У девочки был сколиоз, врачи говорили, что это теперь на всю жизнь, и что даже возможно ухудшение. Мы ходили на ЛФК, которая не давала никаких результатов. Но, как говорится, мир не без добрых людей. И вот нам подсказали, что есть такой доктор, который может помочь моему ребёнку. Мы сразу, не задумываясь, решили записаться к нему на приём. После первого приёма девочка приехала домой окрылённая, она поверила В.Д. в том, что именно он её вылечит. Сеанс за сеансом позвоночник становился всё ровнее и ровнее, и вот после 5-го сеанса – ровный, как струна. Огромное спасибо этому замечательному, доброму человеку за его золотые руки, дай бог ему здоровья и долгих лет жизни.

С уважением, Громова Н.М. и моя дочь Лена, и низкий поклон.

28.06.2010 Худницкая Надежда

Большое спасибо Виталию Демьяновичу Гитту за профессионализм, доброту, внимание. У меня были головные боли, шишка на шее, болела поясница. За несколько сеансов Виталий Демьянович вылечил спину, головные боли прекратились, шишка исчезла. Спасибо! Крепкого Вам здоровья, Виталий Демьянович!

28.06.2010 В.И. Исаев

Очень благодарен Гитту Виталию Демьяновичу. Прошёл у него 4 сеанса по лечению позвоночника и грудной клетки. Результаты положительные – стала свободной и лёгкой осанка, снялась боль в пояснице, улучшилось самочувствие и настроение. Осталось прекрасное воспоминание от приятного и непринужденного общения с доктором, он вызывает доверие к себе, а это 50% успеха. Желаю ему успехов в его медицинской деятельности.

27.06.2010 Зверковская В.Е.

Считаю просто необходимым отметить огромный профессионализм Виталия Демьяновича (костоправа). Я несколько раз лечилась у костоправа Касьяна, у них разная методика лечения, но всего за несколько сеансов Виталий Демьянович смог не только снять боль в суставах, но и привести в «порядок» весь позвоночник.

Сейчас себя чувствую прекрасно, естественно; в тяжёлые дни суставы дают иногда знать о себе, но учитывая мой возраст (67 лет), это очень и очень хорошо, что за короткий срок я избавилась от постоянных болей в суставах и позвоночнике. Теперь я только прихожу к Виталию Демьяновичу один раз в месяц для профилактики.

27.06.2010 Валентина Павловна

Я, Сергеева Валентина Павловна, бесконечно благодарна доктору Гитту Виталию Демьяновичу. Я пришла к нему с надеждой облегчить боль в ступнях и жаловалась только на эту боль. Но Виталий Демьянович по собственной инициативе «простучал» весь мой позвоночник. Вечером этого же дня я вдруг ощутила, что у меня не болит сердце, и я перестала кашлять. Я кашляла уже в течение 1,5 лет, часто болело сердце. Не помогли ни сердечные лекарства, ни лекарства от кашля. И вдруг, после 10-минутного приёма я избавилась и от кашля, и от боли в сердце, от отдышки. Это было большой и радостной неожиданностью. Лучше стало и с ногами.

26.06.2010 Светлана

Виталий Демьянович Гитт обладает удивительными способностями. У моей дочери, Рыбиной Даши, был сколиоз (15 лет), подтверждённый диагноз, сделаны снимки, визуально заметный. Левая ножка была на 1 см короче правой. После сеансов у Виталия Демьяновича внешне всё вернулось к норме. Диагноз снят. Мы рады, что лечились таким человеческим способом, а не мучили ребёнка бесконечными и бесполезными занятиями ЛФК. С Уважениями, С. Рыбина

10.06.2010 Adina (molli@hotmail.ru)

Большое спасибо за методику! Сидя на работе, за компьютером, выполняю упражнения, и сразу почувствовала облегчение: встаю без боли, ходить стала не хромая. Огромное ВАМ спасибо!

10.06.2010 Надежда Васильевна

От всей души благодарим Виталия Демьяновича Гитта за лечение. Я, Лин Надежда Васильевна, в течение 10 лет страдала головными болями из-за шейного остеохондроза, и Виталий Демьянович избавил меня от этого за один сеанс! Мой сын, Лин Евгений, 7 лет,

страдал врождённым подвывихом тазобедренного сустава, одна нога была короче на два сантиметра, сколиоз второй степени, левое плечо выше на 1 см. Обычное лечение не дало никаких результатов, сколиоз увеличивался, хотя делали и массаж, и лечебную физкультуру, носил ортопедическую обувь... Виталий Демьянович вылечил полностью моего сына всего за четыре сеанса! Спасибо Вам!

20.05.2010 Георгий (geo-mav@mail.ru)

Уважаемый Виталий Демьянович! Ознакомился с Вашей методикой микродвижений. Мне Ваши доводы показались очень убедительными. Стал искать отзывы специалистов – ни гугу. Методика существует много лет, работает эффективно, есть конкретные результаты, а все делают вид, что ничего не видят и не слышат. А ведь методика безболезненная, практически беззатратная, доступная каждому.

Поразмыслив, понял, что у этих самых специалистов нет ну никакой возможности как-то отреагировать по этому вопросу. Опровергнуть не могут, а сказать правду – равносильно катастрофе – лишишь себя (и не только себя) доходов до конца жизни. Остаётся одно – глухо отмолчаться. Цена вопроса слишком велика: ведь, сколько честных людей пострадать может. Это и армия врачей (ортопеды, физиотерапевты, ревматологи и, наконец, хирурги – эти работают в последнем цехе и снимают наиболее жирные сливки). И если бы это было всё. НИИ по разработке лекарств, им что прикажете, с голоду умереть? Кто у нас там ещё за чертой бедности? Производители медтехники, аптечная сеть, фармацевтические заводы (этих мне особенно жалко, всё-таки, пусть незначительная, но какая-то часть лекарств не фальсифицирована. Зимой прокололся брынцаловским румалоном – 20ук. Потом читаю в интернете информацию по румалону за последние 10 лет. Каждый год рекламация по причине фальсификации. И только в 2009г. отозвали лицензию. Раньше не могли, не наелись, выдать. Из скольких старушек последние гроши вытрясли? Правда, их сурово наказали: его жене аж 7 лет дали (условно), жалко бедняшку!). Думаю, если бы своими “лекарствами” они отправили на тот свет несколько сотен человек, то приговор был бы ещё более жестоким. Лет 15 дали бы (условно), не меньше.

Так что, Виталий Демьянович, Ваши оппоненты даже под пытками не признаются в правильности вашей методики. А если кто осмелится, так его прибьют коллеги по цеху. А кто позаботится о здоровье миллионов людей (больных не только артрозами), которым реально можно помочь, вернуть к полноценной жизни, продлить срок этой жизни? Вместо этого получается всё наоборот: людей “залечивают”, доводят до операционного стола, который нередко становится трамплином на кладбище. Есть же чиновники от медицины, непосредственно отвечающие за здоровье людей? Или о них позаботились брынцаловы?

Получается парадокс: государство заинтересовано в здоровье нации, а здравоохранение как коммерческая структура, заинтересовано в обратном – чтобы было побольше больных, хороших и разных, и чтобы как можно реже они выздоравливали (желательно, никогда). Трудно оставаться порядочным человеком внутри порочной системы. Уверен, что Вы – приятное исключение. Представляю, если завтра найдется “изверг”, который придумает средство от кариеса, тем самым оставив армию стоматологов у разбитого корыта. Остаток жизни такому изобретателю придётся провести в пещерах Тора-Бора или в бассейне Амазонки.

18.05.2010 Валерия Круглая (koshelayeva@gmail.com)

В феврале на стадионе сильно и резко заболела спина (как радикулит), оказалось МЕЖПОЗВОНОЧНАЯ ГРЫЖА. Мне посчастливилось: сразу попала к Виталию Гитту. В период резкой боли (и возможности только лежать-сидеть дома) необычные и авторские (!) процедуры были 3 раза/нед примерно 2 недели. Процедуры – это вибрация в специальных позах на платформе-кровати + собственно работа мануала. Потом частота посещений уменьшилась. Сейчас – в начале мая – ГРЫЖИ НЕТ, я свободно двигаюсь, а бегать и прыгать по стадиону начну через месяц! Во время процедур у меня сгладились варикозные вены на туристических икрах. (Мне за 40, я в прошлом туристка-альпинистка и теперь активно дружу с лыжами и со стадионом. Никогда не думала, что так рано и так надолго выйду из строя)... ОГРОМНОЕ СПАСИБО ЧУДО-ВРАЧУ! Такому профи нужна своя авторская Школа!

Содержание

ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА I. ШЕЯ. МИОЗИТ	4
Диагностика	5
Работа мануального терапевта при лечении шейного миозита	7
ГЛАВА II. ШЕЯ. ОСТЕОХОНДРОЗ	14
Лечение остеохондроза	18
Что такое остеохондроз?	19
Обман?	29
Работа мануального терапевта при лечении шейного остеохондроза	32
Жульнические диагнозы	35
Продолжаем лечение	37
Никогда не позволяйте руководить собой!	38
ГЛАВА III. НЕУДОБНЫЕ ПОЗВОНКИ, ИЛИ ВДОВИЙ ГОРБ	41
Работа мануального терапевта с неудобными позвонками	42
О роли физической силы при мануальной терапии	48
ГЛАВА IV. ГРУДНОЙ ОТДЕЛ ПОЗВОНОЧНИКА	50
Диагностика и осмотр	50
Межрёберная невралгия (МРН)	53
Работа мануального терапевта при лечении МРН	53
Работа мануального терапевта при лечении остеохондроза грудного отдела позвоночника	54
Продавливание	56
Вздёргивание	61
Упражнения при запущенном грудном остеохондрозе	63
ГЛАВА V. ПОЯСНИЧНЫЙ ОТДЕЛ ПОЗВОНОЧНИКА	66
Диагностика	68
Работа мануального терапевта с поясничным отделом позвоночника	71
А теперь о разных мелочах	74

ГЛАВА VI. СКОЛИОЗ, КИФОЗ, ЛОРДОЗ	79
Диагностика	79
Лечение	81
ГЛАВА VII. АРТРОЗ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА	85
Диагностика	86
Работа мануального терапевта с тазобедренными суставами .	88
ГЛАВА VIII. КОЛЕННЫЕ СУСТАВЫ	91
ГЛАВА IX. ПЛЕЧЕВЫЕ СУСТАВЫ	94
ГЛАВА X. ГОЛЕНОСТОПНЫЕ И ЛОКТЕВЫЕ СУСТАВЫ, КИСТИ РУК	96
Голеностопные суставы	96
Локти	97
Кисти рук	98
ГЛАВА XI. ВИСОЧНО-ЧЕЛЮСТНОЙ СУСТАВ	100
ГЛАВА XII. ГРУДИННО-РЁБЕРНЫЕ И ГРУДИННО-КЛЮЧИЧНЫЕ СОЧЛЕНЕНИЯ	102
ОТЗЫВЫ О МЕТОДИКЕ В.Д. ГИТТА	104

Приём. Виталий Демьянович Гитт принимает по адресам:

• м. Таганская (радиальная), ул. Народная, д. 4, подъезд 3 – Центр здоровья и красоты «МП-мед».

Тел.: 971-02-81, 915-10-31, 915-10-51;

• м. Марксистская, ул. Таганская, дом 26, стр.1 – Центр психологической помощи и мануальной терапии.

Тел.: 8 (495) 632-70-89, 8 (495) 911-36-62, моб. 8-(495)-509-32-32.

www.gitt.ru

Подробнее о книгах издательства ЦПФС «Единение» вы можете узнать на сайте **www.riscorp.ru/izdatelstvo**

По вопросам приобретения книг обращайтесь по телефону 8 (926) 172-87-45

Отзывы, замечания и предложения присылайте на электронный адрес edinf@mail.ru